Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia

NOTA:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y **su vigencia no ha sido revisada.**

Por este motivo, **se desconoce si sus recomendaciones continúan vigentes**, por lo que deben ser consideradas con precaución y aplicadas teniendo en cuenta **el juicio clínico y las circunstancias individuales de cada paciente.**

Versión resumida

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL
Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud
avalia-t
Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia

Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia

Versión resumida

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL
Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud
avalia-t
Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

"Esta GPC es una ayuda a la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario."

Edición: 07/2009
Edita: Ministerio de Ciencia e Innovación
NIPO: 477-09-048-9
ISBN: 978-84-95463-66-1
Depósito legal: C 2471-2009
Imprime: Tórculo Artes Gráficas, S.A.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

"Esta GPC ha sido financiada mediante el convenio suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Ciencia e Innovación, y la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social".

Esta guía debe citarse:
Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t Nº 2007/09.

MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

avalia-t
Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia

Índice

Presentación **9**

Autoría y colaboraciones **11**

Niveles de evidencia y grados de recomendación **17**

1 Introducción **19**

1.1. La depresión en la infancia y en la adolescencia 19

1.2. Prevalencia 20

1.3. Repercusiones de la depresión 21

2 Definición, diagnóstico clínico y criterios diagnósticos **23**

2.1. Definición 23

2.2. Diagnóstico clínico de la depresión mayor 23

2.3. Criterios diagnósticos 25

2.4. Diagnóstico diferencial 29

2.4.1. Comorbilidad 29

3 Factores de riesgo y evaluación de la depresión mayor **31**

3.1. Factores de riesgo 31

3.1.1. Factores familiares y del entorno 31

3.1.2. Factores individuales 33

3.2. Evaluación 35

3.2.1. Métodos de evaluación 36

3.2.2. Cribado de la depresión 40

4 Tratamiento de la depresión mayor **43**

4.1. Psicoterapia 43

4.1.1. Terapia cognitivo-conductual. 44

4.1.2. Terapia interpersonal 49

4.1.3. Terapia psicodinámica individual 50

4.1.4. Terapia familiar 51

4.1.5. Prevención de recaídas 53

4..2 Tratamiento farmacológico 54

4.2.1. Prescripción de antidepresivos en la infancia y en la adolescencia 54

4.2.2. Eficacia de los diferentes fármacos 56

4.2.3. Prevención de recaídas 60

5 Tratamiento combinado y estrategias en depresión resistente **65**

5.1. Tratamiento combinado de la depresión mayor 65

5.1.1. El estudio TADS 65

5.1.2. El estudio ADAPT 67

5.1.3. Otros estudios 68

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

5.2. Estrategias en depresión resistente 70
5.3. Terapia electroconvulsiva 70
6 Otras intervenciones terapéuticas 77
6.1. Técnicas de autoayuda 77
6.1.1. Biblioterapia y utilización de material de autoayuda 77
6.1.2. Otras técnicas o intervenciones 78
6.2. Ejercicio físico 80
6.3. Intervenciones familiares, sociales y del entorno 81
7 El suicidio en la infancia y en la adolescencia 83
7.1. Suicidio: conceptualización 83
7.2. Epidemiología del suicidio 84
7.3. Factores de riesgo 86
7.3.1. Factores individuales 87
7.3.2. Factores familiares y contextuales 89
7.3.3. Otros factores 90
7.4. Factores precipitantes 91
7.5. Factores protectores 91
7.6. Aspectos del tratamiento 92
7.6.1. Evaluación 92
7.6.2. Valoración del riesgo suicida 93
7.6.3. Criterios de hospitalización 95
7.6.4. Seguimiento ambulatorio del paciente 96
7.6.5. Psicoterapia 96
7.6.6. Tratamiento farmacológico 97
7.6.7. Otros tratamientos 98
7.7. Prevención del suicidio 99
7.7.1. Intervenciones en el ámbito escolar 99
7.7.2. Diagnóstico precoz 101
7.7.3. Prevención en pacientes con trastornos mentales 102
7.7.4. Otras estrategias de prevención: medios de comunicación 103
8 Aspectos legales en españa 109
8.1. Consentimiento informado y ley 41/02 109
8.2. Internamiento psiquiátrico de menores 112
9 Estrategias diagnósticas y terapéuticas 115
10 Anexos 119
Anexo 1. Criterios de gravedad según CIE-10 y DSM-IV–TR 119
Anexo 2. Información para pacientes y familiares 123
Anexo 3. Glosario 143
Anexo 4. Lista de abreviaturas 149
Anexo 5. Declaración de intereses 151
11 Bibliografía 153

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Presentación

Disminuir la variabilidad clínica injustificada, ayudando a tomar las decisiones más adecuadas basadas en el mejor conocimiento existente, es una prioridad para el Ministerio de Sanidad y Política Social.

La práctica asistencial se hace cada vez más compleja por múltiples factores de los que, sin duda, el incremento exponencial de información científica es uno de los más relevantes. Para que las decisiones clínicas sean adecuadas, eficaces, eficientes y seguras, los profesionales necesitan actualizar permanentemente sus conocimientos, objetivo al que dedican importantes esfuerzos.

En el año 2003 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) creó el proyecto GuíaSalud, que tiene como objeto final la mejora en la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia científica, a través de actividades de formación y de la configuración de un registro de Guías de Práctica Clínica (GPC) en el SNS. Desde entonces, el proyecto GuíaSalud ha evaluado decenas de GPC de acuerdo con criterios explícitos generados por su comité científico, las ha registrado y las ha difundido a través de Internet.

A principios del año 2006 la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud elaboró el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud que se despliega en doce estrategias. El propósito de este Plan es incrementar la cohesión del SNS y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todas las personas con independencia de su lugar de residencia.

Formando parte del Plan, se encargó la elaboración de varias GPC a diferentes agencias y grupos expertos en patologías prevalentes relacionadas con las estrategias de salud. Esta guía sobre depresión mayor en la infancia y adolescencia es fruto de este encargo.

Además, se encargó la definición de una metodología común de elaboración de GPC para el SNS, que se ha elaborado como un esfuerzo colectivo de consenso y coordinación entre los grupos expertos en GPC en nuestro país.

En 2007 se renovó el proyecto GuíaSalud creándose la Biblioteca de Guías de Práctica Clínica. Este proyecto profundiza en la elaboración de GPC e incluye otros servicios y productos de Medicina Basada en la Eviden-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

cia. Asimismo pretende favorecer la implementación y la evaluación del uso de GPC en el Sistema Nacional de Salud.

Aunque la depresión mayor es relativamente frecuente y supone un problema de salud debido a la discapacidad y alteración de la calidad de vida que genera, se infradiagnostica con frecuencia en la infancia y adolescencia. Además, es conocida la variabilidad en su manejo, con diferentes actitudes terapéuticas, de derivación o de seguimiento.

Esta guía de práctica clínica es el resultado del trabajo de un grupo de profesionales pertenecientes a las diferentes disciplinas que integran la asistencia del paciente con depresión. Los integrantes del grupo redactor han dedicado muchas horas a la elaboración de las recomendaciones que sin duda ayudarán a mejorar la atención sanitaria que se presta tanto en la atención primaria como en la especializada. En el proceso de revisión, la guía ha contado con la colaboración de las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes implicadas directamente en este problema de salud.

Con esta GPC se pretende dar a los profesionales sanitarios un instrumento útil que dé respuestas a las cuestiones más básicas en forma de recomendaciones elaboradas de forma sistemática y con la mejor evidencia disponible. Esperamos que todo ello redunde en una atención de mayor calidad a estos pacientes y a sus familias, que es el objetivo que nos anima.

Pablo Rivero Corte
DG. de la Agencia de Calidad del SNS

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Autoría y colaboraciones

Grupo de trabajo de la GPC sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia

María Álvarez Ariza. Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complexo Hospitalario de Pontevedra.

Gerardo Atienza Merino. Doctor en Medicina. Técnico de la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.

Elena de las Heras Liñero. Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).

Rafael Fernández Martínez. Doctor en Psicología. Psicólogo Clínico. Complexo Hospitalario de Pontevedra.

Ernesto Ferrer Gómez del Valle. Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complexo Hospitalario de Ourense.

Ana Goicoechea Castaño. Licenciada en Medicina. Especialista en Pediatría. Ambulatorio de San Roque, Vilagarcía (Pontevedra).

José Luis Iglesias Diz. Doctor en Medicina. Especialista en Pediatría. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago (A Coruña).

Arturo Louro González. Licenciado en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Atención Primaria de Cambre (A Coruña).

Belén Martínez Alonso. Licenciada en Medicina. Especialista en psiquiatría. USM Infanto-Juvenil. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).

José Mazaira Castro. Licenciado en Medicina. Especialista en psiquiatría. USM Infanto-Juvenil. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago (A Coruña).

Aurea Paz Baña. Diplomada Universitaria en Enfermería. Hospital Psiquiátrico de Conxo. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago (A Coruña).

Lucinda Paz Valiñas. Licenciada en Biología. Técnica de la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

María Isabel Roca Valcárcel. Licenciada en Psicología. Psicóloga clínica. USM. Infanto-Juvenil. Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo.

Yolanda Triñanes Pego. Licenciada en Psicología. Técnica de la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.

Coordinación

María Álvarez Ariza. Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complexo Hospitalario de Pontevedra.

Gerardo Atienza Merino. Doctor en Medicina. Técnico de la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.

Colaboración

Beatriz Casal Acción. Documentalista. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.

María Ríos Neira. Documentalista. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.

Colaboración experta

Emilio Casariego Vales. Médico especialista en Medicina Interna. Complexo Hospitalario Xeral Calde de Lugo. Servizo Galego de Saúde.

Marta Medrano Varela. Médico forense. Especialista en Medicina Legal y Forense. Jefe de Sección Clínica. Instituto de Medicina Legal de Galicia.

José Luis Rodríguez-Arias Palomo. Licenciado en Psicología. Psicólogo clínico. Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira, Cee (A Coruña).

Víctor M. Torrado Oubiña. Licenciado en Psicología. Psicólogo clínico. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Revisión Externa

Antonio Agüero Juan. Médico Psiquiatra. Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y se vigencia ha sido revisada.

M.ª Jesús Alonso Antoraz. Psiquiatra. Ex jefa de servicio de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Vigo (actualmente en situación de jubilación).

Enric Aragonés Benaiges. Médico de Atención Primaria. Centro de Atención Primaria de Constantí, Tarragona. Institut Català de la Salut.

M.ª Victoria del Barrio Gándara. Profesora titular de universidad. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. UNED, Madrid.

Amparo Belloch Fuster. Psicóloga clínica. Catedrática de Psicopatología de la Universidad de Valencia.

Pedro Benjumea Pino. Psiquiatra. Profesor titular de Psiquiatría de la Universidad de Sevilla.

Germán E. Berrios. Profesor de Epistemología de la Psiquiatría (emérito). Robinson College. Universidad de Cambridge, Reino Unido.

María del Carmen Bragado Álvarez. Profesora titular de universidad. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología de la Universidad Complutense, Madrid.

Antonio Bulbena Vilarrasa. Director del Instituto de Atención Psiquiátrica del Hospital del Mar, Barcelona.

María Consuelo Carballal Balsa. Coordinadora de Enfermería. Programa de Salud Mental. Subdirección General de Salud Mental y Drogodependencia. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia.

Juan José Carballo Belloso. Colaborador clínico. Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Departamento de Psiquiatría de la Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Josefina Castro Fornieles. Jefa de servicio de la Unidad de Psiquiatría y Psicología Infantil. Hospital Clínic Universitari, Barcelona.

Sergio Cinza Sanjurjo. Médico coordinador del 061. Centro de Salud de Malpica de Bergantiños, A Coruña.

Josep Cornellá Canals. Médico. Fundació Autisme Mas Casadevall. Departamento de Psiquiatría, Girona.

María Dolores Domínguez Santos. Profesora titular de Psiquiatría. Unidad de Salud Mental de la Infancia y de la Adolescencia. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, A Coruña.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Inmaculada Escamilla Canales. Psiquiatra infantil y adolescente. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica Universitaria de Navarra, Madrid.

Aranzazu Fernández Rivas. Jefa de Sección Infanto-Juvenil. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital de Basurto, Bilbao.

Montserrat García Gónzalez. Psicóloga. Departamento de Psicología de la Asociación Alba, Pontevedra.

María Paz García Vera. Profesora titular y directora de la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense, Madrid.

Elena Garralda Hualde. Catedrática y consultora en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Imperial College of London, Reino Unido.

María León-Sanromá. Médica de Atención Primaria. ABS La Gavarra. Institut Català de la Salut. Departamento del grupo de trabajo en salud mental de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Cornellá de Llobregat, Barcelona.

Germán López Cortacáns. Enfermero de Salud Mental. Centro de Salud de Salou, Tarragona.

Mª Jesús Mardomingo Sanz. Jefa del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

Mara Parellada Redondo. Unidad de Adolescentes. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Ana Pascual Aranda. Médico psiquiatra. Unidad Infanto Juvenil del Servicio de Salud Mental Villa de Vallecas, Madrid.

Pedro Javier Rodríguez Hernández. Facultativo especialista de área del Servicio de Psiquiatría. Hospital de Día Infanto-Juvenil Diego Matías Guigou y Costa. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife.

Juan Ruiz-Canela Cáceres. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Virgen de África, Sevilla. Servicio Andaluz de Salud.

Patricio Ruiz Lázaro. Pediatra de Atención Primaria. Coordinador médico. Centro de Salud "Manuel Merino", Alcalá de Henares (Madrid).

María Isabel Salvador Sánchez. Psicóloga clínica. Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, Illes Balears.

Manuel Sampedro Campos. Pediatra. Centro de Salud Novoa Santos, Ourense.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

Carmen Senra Rivera. Profesora titular de universidad. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela.

César Soutullo Esperón. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Clínica Universitaria de Navarra.

Josep Toro Trallero. Profesor emérito de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

Fernando Lino Vázquez González. Profesor titular de universidad. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela.

Sociedades colaboradoras

Miembros de estas sociedades o asociaciones han participado en la revisión externa de la GPC:

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

Asociación Española de Pediatría (AEP).

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP).

Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA).

Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM).

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).

Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP).

Fundación Andrea.

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC).

Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA).

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP).

Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud (SEPCyS).

Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Declaración de intereses

Todos los miembros del grupo de trabajo, así como las personas que han participado en la colaboración experta y en la revisión externa, han realizado la declaración de intereses que se presenta en el anexo 5.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Niveles de evidencia y grados de recomendación del SIGN

Niveles de evidencia	
1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Fuerza de las recomendaciones	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+.
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++.
D	Evidencia de nivel 3 o 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+.

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.
Las recomendaciones adaptadas de una GPC se señalan con el superíndice "GPC"

Buena práctica clínica	
✓[1]	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

Fuente: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: *A guideline developers' handbook* (Section 6: Forming guideline recommendations), SIGN publication nº 50, 2001.

1. En ocasiones el grupo elaborador se percata de que existe algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia científica que lo soporte. En general estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que no se cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

1. Introducción

Este documento es la versión resumida de otro documento más amplio, la versión completa, disponible en la página web de GuiaSalud (http://www.guiasalud.es) y de avalia-t (http://avalia-t.sergas.es). En ella se añade información sobre la metodología, los indicadores de calidad, la difusión e implementación, las recomendaciones de investigación futura, así como varios anexos en los que se detallan aspectos como los conflictos de interés, el consentimiento informado o las técnicas psicoterapéuticas.

1.1. La depresión en la infancia y en la adolescencia

En los últimos años se ha asistido a un importante aumento de la prevalencia de la depresión a nivel mundial y, de forma paralela, a una disminución de su edad de comienzo, de modo que se ha convertido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en un importante problema de salud pública que afecta a unos 120 millones de personas, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos. Además, una de cada cinco personas llegará a desarrollar un trastorno depresivo a lo largo de la vida, proporción que aumentará si concurren otros factores, como enfermedades médicas o situaciones de estrés[1]. Por este motivo, y según algunas estimaciones, la depresión pasará a convertirse en el año 2020 en la segunda causa de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares[2].

Los trastornos depresivos afectan a personas de cualquier edad, condición económica, nivel educativo o cultural y suponen un gran coste para el individuo, la familia, el sistema sanitario y la comunidad en general. Si bien existen múltiples estudios sobre prevalencia, diagnóstico y tratamiento de la depresión en la edad adulta, son escasos los realizados entre la población infantil y adolescente. Además, sus resultados son variables debido fundamentalmente a la dificultad diagnóstica en esta etapa de la vida, ya que las manifestaciones clínicas pueden ser menos específicas que en la depresión del adulto, y también por las diferencias en los estudios respecto del tamaño muestral, criterios diagnósticos empleados o tipo de técnicas de entrevista utilizadas.

Debido a las características particulares de la depresión en la infancia y adolescencia, es importante contar con profesionales de atención primaria y especialistas en salud mental infantojuvenil con formación y experiencia en el manejo de este trastorno en este grupo de edad, así como que se pongan a su disposición los recursos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de la depresión mayor.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

1.2. Prevalencia

Una primera aproximación al problema de la depresión en la infancia y en la adolescencia en España puede realizarse a través de los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud (2006), que estima que el 10,4% de niños y el 4,8% de niñas entre 0 y 15 años tendrían problemas mentales con limitación de las actividades de la vida diaria[3]. La prevalencia de depresión mayor se ha estimado del 1,8% en niños de 9 años, del 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años y del 3,4% en jóvenes de 18 años[4]. Otros trabajos también correlacionan positivamente la depresión con la edad, y se observan porcentajes entorno al 5% entre la población adolescente[5]. Por último, un estudio observacional realizado entre niños de edades comprendidas entre 12 y 16 años mostró una prevalencia de manifestaciones depresivas del 10,3% (de carácter leve en un 8,4% y grave en un 1,8%), si bien los autores no especifican si se trata de depresión mayor[6].

En un estudio realizado en España con 404 niños, se encontró que los trastornos depresivos eran el segundo diagnóstico más frecuente (tras los trastornos de conducta) con un 14,6% de los casos que demandaron atención. En este porcentaje se incluyó también el diagnóstico de trastorno de adaptación, subtipo depresivo. Si solo se incluía el trastorno depresivo mayor y la distimia, la prevalencia de los trastornos depresivos fue del 7,4% de la muestra total[7].

Estudios realizados en Estados Unidos han observado una prevalencia del 0,3% entre preescolares de la población general[8] y entre el 0,5% y el 2% en niños y niñas de entre nueve y once años[9]. Por su parte, otros autores observan una prevalencia de depresión en niños del 0,4-2,5% y del 5-8,3% entre adolescentes[10-12]. Algunos estudios han encontrado que en niños tratados en centros psiquiátricos ambulatorios, la depresión observada fue del 28%[13], y que se incrementaba al 59% si los niños estaban en régimen de ingreso hospitalario[14].

Sexo. En las etapas prepuberales, la prevalencia del trastorno depresivo mayor es similar entre niños y niñas. Sin embargo, entre adolescentes, la prevalencia es mayor para el sexo femenino con una razón 2:1[15-17], debido posiblemente a la diferente forma de afrontar el estrés o a los cambios hormonales que se producen durante la pubertad[18]. Por otra parte, un estudio longitudinal prospectivo de 10 años de duración en preadolescentes reveló que el momento crítico en el que aparece la diferencia entre sexos es entre los 15 y 18 años[19] (tabla 1).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 1. Epidemiología de los trastornos depresivos en niños y adolescentes

	País	Niños	Adolescentes
Prevalencia	EE.UU.	0,4-2,5%	5-8,3%
	España	1,8%	3,4-5%
Cociente mujer: varón		1:1	2:1

Fuente: elaboración propia

Nivel socioeconómico. Varios autores no consideran que el bajo nivel socioeconómico se asocie significativamente con la depresión[20,21]. Sin embargo, otros observan que los niños de bajo entorno socioeconómico tienen un riesgo de padecer depresión a lo largo de su vida dos veces superior a aquellos niños pertenecientes a un elevado entorno socioeconómico, independientemente de otros factores sociodemográficos o de historia familiar de enfermedad mental[22].

Comorbilidades. Estudios clínicos[23-25] y epidemiológicos[26,27] muestran que el 40-70% de los niños y adolescentes con depresión tienen trastornos mentales asociados, y al menos entre el 20-50% han sido diagnosticados de dos o más patologías. Los diagnósticos comórbidos más frecuentes son el trastorno distímico y el de ansiedad (ambos entre un 30 y un 80%), abuso de sustancias (20-30%) y trastornos de conducta (10-20%). Excepto para el abuso de sustancias, el trastorno depresivo mayor es más probable que ocurra después del comienzo de otros trastornos[10]. La presencia de comorbilidades afecta de forma importante en la aparición de depresión resistente, duración del episodio, intentos de suicidio o comportamientos suicidas, nivel de funcionamiento en su vida cotidiana o respuesta al tratamiento[16,28].

1.3. Repercusiones de la depresión

En los niños y adolescentes, la depresión tiene gran impacto sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales. También existen evidencias de la posible continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y de su prolongación durante la etapa adulta, lo cual se ve reflejado en los altos índices de consultas y hospitalizaciones psiquiátricas y en los problemas laborales y de relación en el futuro que origina[29-31]. Por otra parte, los trastornos depresivos se encuentran asociados con abuso de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas y con aumento de la violencia y de la agresividad, así como de trastornos de la conducta alimentaria[32, 33], por lo que la depresión

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

en la adolescencia, además del propio coste personal, puede conllevar un grave coste social.

La depresión mayor es además uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes[34, 35]. Así, según las estimaciones de la OMS[36], el suicidio es la cuarta causa de fallecimiento en el tramo de edad de 15-44 años. A nivel mundial, uno de los datos más preocupantes es el aumento del suicidio en edades jóvenes, sobre todo varones.

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo, en España el tratamiento farmacológico antidepresivo en el año 2006 supuso un coste superior a los 600 millones de euros, y se dispensaron más de 21 millones de envases clínicos[37]. Sin embargo, el gasto farmacéutico no supone un coste importante dentro del tratamiento de la depresión de los niños y adolescentes, pues, según un estudio realizado en Lleida (Cataluña), entre los años 2002 y 2004, el porcentaje de pacientes que recibieron algún fármaco antidepresivo fue del 0,4% en niños y del 0,3% en niñas entre 0 y 14 años de edad, mientras que en la franja de edad de 15 a 24 años fue del 1,9% en varones y del 4,2% en mujeres[38].

Debido a su prevalencia, a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio y a su repercusión sobre la estructura familiar y social, la depresión infanto-juvenil se considera de gran importancia no solo para el sistema sanitario, sino también para la sociedad.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

2. Definición, diagnóstico clínico y criterios diagnósticos

2.1. Definición

La depresión mayor es un trastorno del humor, constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) y se pueden presentar también síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos. Podría hablarse, por tanto, de una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva[39]. Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque no suele presentarse de forma aislada como un cuadro único, sino que es más habitual su asociación a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la asociación entre trastorno depresivo y de ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones.

2.2. Diagnóstico clínico de la depresión mayor

El diagnóstico debe realizarse mediante entrevista clínica y no ser derivado únicamente de cuestionarios. Deberán emplearse técnicas específicas, tanto verbales como no verbales, debido a la existencia de limitaciones cognitivas y de verbalización en este grupo de edad. Así, los niños más pequeños pueden tener dificultades para reconocer algunos síntomas o para comunicar sus ideas y pensamientos, lo que podría impedir un correcto diagnóstico. Para completar la evaluación psicopatológica, es imprescindible la información aportada por los padres y por el entorno escolar.

En general, la depresión infantil tiene un modo de presentación polimorfo y puede enmascararse con los distintos trastornos que aparecen en determinados cuadros psicopatológicos. En estas etapas, la irritabilidad constituye un síntoma característico de la depresión. Las manifestaciones sintomáticas están marcadas por la edad del niño, y pueden agruparse según su desarrollo evolutivo[40-42] (tabla 3).

Los trastornos depresivos entre los adolescentes tienen a menudo un curso crónico y con altibajos, y existe un riesgo entre dos y cuatro veces superior de persistir la depresión en la edad adulta[43, 44]. Más del 70% de los niños y adolescentes

con trastornos depresivos no han sido diagnosticados correctamente ni reciben el tratamiento adecuado[45]. Las posibles razones podrían ser varias:

- Distintas manifestaciones clínicas de la depresión en niños que en adultos o presentaciones atípicas.
- Mayor dificultad de los niños y adolescentes para identificar como depresión lo que les ocurre.
- No creencia entre los padres o familiares de la existencia de depresión en estas edades, no querer reconocerla por el estigma que produce o creer que podría deberse a un fracaso como educadores, aunque no sea cierto.
- Falta de formación o entrenamiento adecuado en la evaluación de niños y adolescentes con problemas mentales por parte de los profesionales sanitarios.
- No existencia de criterios clasificatorios específicos para la infancia y adolescencia.

Tabla 3. Principales síntomas clínicos acompañantes en la depresión infanto-juvenil

Menores de 7 años 	El síntoma de presentación más frecuente, es la ansiedad. Manifiestan irritabilidad, rabietas frecuentes, llanto inmotivado, quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), pérdida de interés por los juegos habituales, cansancio excesivo o aumento de la actividad motora y abulia. También pueden presentar un fracaso en alcanzar el peso para su edad cronológica, retraso psicomotor o dificultad en el desarrollo emocional. En niños pequeños, el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia con los trastornos de ansiedad, las fobias escolares y los trastornos de eliminación (encopresis, enuresis).
Niños de 7 años a edad puberal 	Los síntomas se presentan fundamentalmente en tres esferas: a) esfera afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, astenia, apatía, tristeza, y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte. b) esfera cognitiva y actividad escolar: baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales. c) esfera somática: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnia), no alcanzar el peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito.
Adolescentes 	Los síntomas son semejantes a los de la edad puberal, y aparecen más conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). En ocasiones pueden tener pensamientos relativos al suicidio. Es frecuente que el trastorno depresivo se presente asociado a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.

Fuente: Elaboración propia y adaptación de varias fuentes[40-42]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

El infradiagnóstico e infratratamiento son los mayores problemas en los niños menores de siete años, en parte debido a la limitada capacidad para comunicar emociones y pensamientos negativos con el lenguaje y a la consecuente tendencia a la somatización. Así, los niños con depresión presentan en muchas ocasiones quejas o molestias difusas, cefalea o dolor abdominal. En la tabla 3 se recogen los principales síntomas según la edad.

2.3. Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (*Trastornos mentales y del comportamiento*, CIE-10)[46] y la de la *American Psychiatric Association* (DSM-IV-TR)[47]. Esta guía de práctica clínica asume la clasificación y definiciones de depresión recogidas en la décima revisión de la CIE (tablas 4 y 5) con los códigos F32 (episodios depresivos) y F33 (trastorno depresivo recurrente) y en el DSM-IV-TR (tabla 6), con los códigos 296.2X (trastorno depresivo) y 296.3X (trastorno depresivo recidivante). Tanto en la CIE-10 como en el DSM-IV-TR la gravedad de los episodios se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas y en el grado de deterioro funcional (los criterios de gravedad de CIE-10 y DSM-IV-TR figuran en el anexo 1).

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos (tabla 4) y divide el cuadro depresivo en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad, cuando la duración del episodio sea de al menos dos semanas. Existe una clasificación multiaxial de los trastornos mentales y del comportamiento para niños y adolescentes, basada en la CIE-10[48]. Esta clasificación se organiza en seis ejes: los cinco primeros son categorías que aparecen en la CIE-10, aunque estructurados de forma diferente y en ocasiones se describen con más detalle. El sexto eje evalúa de forma global la discapacidad y no está incluido en la CIE-10. Sin embargo, su inclusión en esta clasificación se debe a que la evaluación de la discapacidad ha sido reconocida por la OMS como fundamental.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

Tabla 4. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según la CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas "somáticos" tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos — Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras — Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta — Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual — Empeoramiento matutino del humor depresivo — Presencia de enlentecimiento motor o agitación — Pérdida marcada del apetito — Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes — Notable disminución del interés sexual

Fuente: Adaptado de OMS[46]

En la tabla 5 se realizan algunos comentarios específicos para los niños y adolescentes sobre los criterios de gravedad de un episodio depresivo, según la clasificación de la CIE-10, con información extraída de la bibliografía[49-52].

El DSM-IV-TR (tabla 6) utiliza una lista de 9 síntomas depresivos, requiere también una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial/total o no especificada (ver anexo 1). El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los síntomas, y debe ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para el placer.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 5. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10. Presentación sintomática según la edad

A. Criterios generales para episodio depresivo — El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas — El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico	
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:	
Adultos	***Niños y adolescentes***
Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.	El estado de ánimo puede ser deprimido o irritable. Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual. El estado irritable puede mostrarse como "paso al acto", comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. En adolescentes mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos.
Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.	La pérdida de interés puede ser en el juego o en las actividades escolares.
Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.	La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.
C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:	
Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.	Similar a los adultos.
Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.	Los niños pueden presentar auto-desvalorización. La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente.
Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.	Indicios no verbales de conducta suicida, incluídos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y "gestos" autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.).
Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.	Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar.
Cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición.	Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo.
Alteraciones del sueño de cualquier tipo.	Similar a los adultos.
Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.	Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo.
D. Puede haber o no síndrome somático*	Los síntomas físicos, como las quejas somáticas, son particularmente frecuentes en niños.
Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades. **Episodio depresivo moderado:** están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias. **Episodio depresivo grave:** deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.	

Fuente: CIE-10 e información extraída de la bibliografía[49-52]

* Síndrome somático: ver tabla 4

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y la evidencia no ha sido revisada.

Tabla 6. Criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor según DSM-IV-TR

A. Cinco o más de los síntomas siguientes durante un período de dos semanas y que representen un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros. (2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días. (3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días. (5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días. (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. (7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo). (8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros). (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.
B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.
C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo, hipotiroidismo).
E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Fuente: DSM-IV-TR[47]

2.4. Diagnóstico diferencial

En la tabla 7 se muestran los principales fármacos, tóxicos y enfermedades que pueden manifestarse con síntomas depresivos en niños y adolescentes (según CIE-10 y DSM IV-TR).

2.4.1. Comorbilidad

El estudio de la psicopatología infantil ha mostrado que la comorbilidad es una regla más que una excepción[53].

Entre el 40 y el 90% de los adolescentes deprimidos padecen un trastorno comórbido[54], y al menos el 20-50% tienen dos o más diagnósticos comórbidos. Una revisión de estudios epidemiológicos[55] destaca la presencia

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

de los trastornos de conducta (40%) y los trastornos de ansiedad (34%) como los más frecuentemente asociados, seguidos del abuso de sustancias. Posiblemente estos trastornos compartan con el cuadro depresivo factores de riesgo, como factores genéticos o psicosociales, pudiendo el uno ser causa del otro o bien parte de un cuadro común (ver tablas 8 y 9).

Tabla 7. Diagnóstico diferencial de trastorno depresivo mayor

Otras enfermedades *	Fármacos	Tóxicos
• Endocrinas: anemia, hipotiroidismo, enfermedad de Addison. • Neurológicas: síndrome postcontusión, epilepsia. • Metabólicas: diabetes, déficit de vitamina B12. • Autoinmunes: LES. • Infecciosas: hepatitis, mononucleosis, VIH.	• Glucocorticoides sistémicos • Anticonvulsivantes • Neurolépticos • Estimulantes • Anticonceptivos orales	• Alcohol • Cocaína • Opioides • Anfetaminas • Cannabis

* Se deben tener en mente estas posibles causas con el fin de realizar las pruebas pertinentes si hay indicios que orienten a estas patologías.
LES: lupus eritematoso sistémico; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.
Fuente: elaboración propia

Ante un cuadro conductual es importante que el clínico tenga siempre en cuenta el trastorno depresivo mayor, ya que la naturaleza y las repercusiones en el entorno del primero pueden hacer pasar por alto un trastorno depresivo subyacente.

Tabla 8. Diagnóstico diferencial de la depresión mayor y otros trastornos psiquiátricos en el niño-adolescente

Trastornos psiquiátricos no afectivos	Trastornos psiquiátricos polo afectivo	Otros cuadros
• Trastorno por déficit de atención con hiperactividad • Trastornos de ansiedad • Trastorno de conducta alimentaria • Trastorno de personalidad • Trastorno de conducta • Trastornos psicóticos	• Distimia • Trastorno bipolar • Trastorno adaptativo	• Síndrome premenstrual • Duelo no patológico

Fuente: elaboración propia

Han transcurrido más de 3 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

La comorbilidad tiene una alta trascendencia en cuanto al pronóstico clínico (peor respuesta a los tratamientos, mayor persistencia sintomática, mayor tendencia a la cronicidad y mayor riesgo de mortalidad) y un alto coste social (disminución del rendimiento laboral y mayor uso de recursos).

No obstante, se debe tener en cuenta que el análisis de la comorbilidad de los trastornos afectivos con otros trastornos mentales es complejo y controvertido, no solo por su alta frecuencia sino por la existencia de un solapamiento sintomático, por la escasez de signos y síntomas patognomónicos, la variabilidad de los criterios diagnósticos, las diferencias metodológicas aplicadas así como la escasez de estudios longitudinales y prospectivos.

Tabla 9. Comorbilidad de la depresión mayor en niños y adolescentes

Niños	Adolescentes
• Ansiedad de separación • Otros trastornos de ansiedad • TDAH	• Distimia • Abuso de tóxicos • Trastorno de conducta • Fobia social • Trastorno de ansiedad • TDAH

TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad
Fuente: elaboración propia

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

3. Factores de riesgo y evaluación de la depresión mayor

Preguntas para responder:

- ¿Cuáles son los factores de riesgo de depresión en niños y adolescentes?
- ¿Cuáles son las escalas más utilizadas en la evaluación de la depresión en niños y adolescentes?
- ¿El cribado de la depresión en niños y adolescentes mejora los resultados a largo plazo?

3.1. Factores de riesgo

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de desarrollar una enfermedad o de que ocurra un evento adverso. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sino que se asocian con el evento, y, como tienen valor predictivo, pueden usarse para la prevención[56, 57]. La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la probabilidad de ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenir la depresión[58, 59].

3.1.1. Factores familiares y del entorno

Los factores familiares y el contexto social podrían jugar un importante papel en el desarrollo de la depresión, fundamentalmente aquellos que están fuera del propio control, que ocurren como un acontecimiento no predecible en el ambiente diario y que son recurrentes a lo largo del tiempo.

Riesgos familiares

La depresión en los padres se considera un factor de riesgo importante, que se asocia con depresión en su descendencia[58, 60, 61]. Se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor[59, 62] y en concreto, la psicopatología materna se considera un predictor de depresión en el niño[63].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

El alcoholismo familiar también se ha asociado a una mayor probabilidad de depresión[63].

El contexto familiar en el que vive el niño o el adolescente parece jugar un papel trascendental en el desarrollo de depresión. Los factores de riesgo más comunes son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el niño[58, 62, 64]. Son también factores de riesgo asociados con la depresión, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo [58-62, 64-67].

El trabajo de los padres fuera de casa, ingresos económicos bajos o vivir en áreas desfavorecidas, si ocurren de forma independiente, no parecen presentar una fuerte asociación con el desarrollo de depresión en los niños o adolescentes[58].

Riesgos en relación con el entorno

La depresión juvenil se asocia en muchas ocasiones con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social, lo que incrementa los problemas de relación social. De esta manera, los niños y adolescentes con pocos amigos presentan una mayor probabilidad de desarrollar depresión, así como trastornos de conducta y mayor aislamiento social[58].

Otros factores también asociados con un número mayor de síntomas depresivos son el vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, problemas de salud en los adolescentes, o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja.

No parece existir asociación entre vivir en el medio rural o urbano[68].

El acoso por parte de iguales o *bullying* y la humillación (como el trato degradante, la burla delante de otros o el sentirse ignorado) son también factores de riesgo de depresión[65].

Deberían considerarse niños y adolescentes con riesgo elevado de presentar trastornos mentales, incluida la depresión, aquellos sin hogar, los internos en centros de acogida, refugiados y aquellos con antecedentes de delincuencia, especialmente los recluidos en instituciones de seguridad[58].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y ésta vigente no ha sido revisada.

Por último, la adicción a la nicotina, el abuso de alcohol o el consumir drogas ilícitas son considerados también factores de riesgo asociados con la depresión[68].

3.1.2. Factores individuales

Sexo

Antes de la adolescencia, los trastornos depresivos son prácticamente iguales en niños que en niñas. Sin embargo, en la primera mitad de la adolescencia, estos trastornos son dos o tres veces más frecuentes en el sexo femenino[65]. Las posibles explicaciones podrían ser los cambios hormonales que se producen, un incremento del estrés y la mala respuesta a este, diferencias en las relaciones interpersonales y tendencia a pensamientos rumiativos[58, 59].

Factores de riesgo genéticos y bioquímicos

Como ya se ha comentado anteriormente, hasta un 20-50% de los niños o adolescentes con trastornos depresivos presentan historia familiar de depresión o de otra enfermedad mental[62]. Sin embargo, la información actual sugiere que los factores genéticos podrían ser menos importantes en la presentación de depresión en la niñez que en la adolescencia[58].

No obstante, no queda claro cuál es el peso de los factores genéticos y cuál el de los factores ambientales en el desarrollo de depresión. Así, estudios realizados en gemelos indican que los síntomas depresivos podrían explicarse en un 40-70% por la presencia de factores genéticos[59]. Sin embargo, el mecanismo de acción de los genes en los diferentes niveles hasta la manifestación clínica de la depresión es todavía desconocido[69]. Para algunos autores, la influencia del ambiente es mayor cuanto más grave es la depresión[70], mientras que para otros, los cuadros clínicos más graves de depresión mayor, estarían más influenciados genéticamente[69].

Existe alguna evidencia que indica que alteraciones de los sistemas serotoninérgico y corticosuprarrenal podrían estar implicadas en la biología de la depresión de los niños y adolescentes. Así se han visto alteraciones de la función serotoninérgica en niños con historia familiar de depresión. Por otra parte, niveles incrementados de cortisol y de dehidroepiandrosterona predicen el comienzo de la depresión en subgrupos de adolescentes con riesgos psicosociales elevados de presentarla[58, 66]. También parecen existir alteraciones de los niveles de hormona del crecimiento, prolactina y cortisol en jóvenes con riesgo de depresión[59].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Se piensa que el temperamento presenta una base genético-biológica, aunque la experiencia y el aprendizaje, en particular dentro del contexto social, pueden influir en su desarrollo y expresión.

La afectividad negativa, se refiere a la tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características conductuales (como la inhibición y retraimiento social) y cognitivas (como las dificultades de concentración). La afectividad negativa conlleva una mayor reactividad frente a los estímulos negativos, y se asocia a una mayor probabilidad de trastornos emocionales, sobre todo en niñas[59].

Ante la ocurrencia de eventos vitales estresantes, características cognitivas asociadas a la afectividad negativa, como sentimientos de abandono o pérdida y/o de baja autoestima, así como un estilo cognitivo rumiativo, pueden dificultar el afrontamiento y aumentar la probabilidad de sufrir depresión en comparación con aquellos individuos sin estas características[58, 59].

La presencia de síntomas depresivos, como anhedonia o pensamientos de muerte, incrementan de forma significativa el riesgo de presentar depresión mayor en niños y adolescentes[58, 59]. Finalmente, aquellos niños y adolescentes con discapacidades físicas o de aprendizaje[58], déficit de atención, hiperactividad o alteraciones de conducta, también tienen un mayor riesgo de depresión[59, 62, 66].

Para concluir, la tabla 10 resume los principales factores personales implicados en la depresión en niños y adolescentes, clasificados como factores de vulnerabilidad, de activación y protectores[58].

3.2. Evaluación

La evaluación de la depresión infantojuvenil puede tener una finalidad diagnóstica, cuando el objetivo es comprobar la presencia o ausencia de unos criterios diagnósticos (normalmente CIE o DSM), puede realizarse con la finalidad de cuantificar la frecuencia o gravedad de los síntomas y/o tener como objetivo la realización de un cribado diagnóstico.

La evaluación de la depresión mayor en la infancia y adolescencia, aunque comparte los objetivos de cualquier evaluación en salud mental, tiene algunas características especiales. Así, es importante tener en cuenta que los síntomas depresivos se expresan en los niños de forma diferente que en los adultos, en parte debido a la capacidad limitada de reconocer y comunicar emociones y pensamientos negativos, sobre todo en aquellos de menor edad.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 10. Factores de vulnerabilidad, de activación y de protección en la depresión infanto-juvenil

Factores de vulnerabilidad (incrementan la predisposición general, pero rara vez provocan directamente la enfermedad): • Factores genéticos • Historia de trastorno afectivo en los padres • Sexo femenino • Edad post-puberal • Antecedentes de síntomas depresivos • Antecedentes de abuso físico y sexual en la infancia, especialmente en el sexo femenino • Afectividad negativa • Pensamientos de tipo rumiativo.
Factores de activación (directamente implicados en el comienzo de la depresión y en presencia de factores de vulnerabilidad, sus efectos pueden ser mayores. Suelen ser acotencimientos no deseados que dan lugar a cambios permanentes en las relaciones familiares y de amistad): • Conflictos conyugales • Desestructuración familiar • Acoso o humillación • Situaciones de abuso físico, emocional o sexual • Consumo de tóxicos.
Factores de protección (reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación): • Buen sentido del humor • Buenas relaciones de amistad • Relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia • Logros personales valorados socialmente • Nivel de inteligencia normal-alto • Práctica de algún deporte o actividad física • Participación en clubes escolares/sociales o en voluntariado.

Fuente: Elaboración propia y adaptado de NICE[58]

Debido a esto, es importante obtener información de diferentes fuentes además del niño. Se debe contar con la información de los padres y de los profesores y orientar la evaluación hacia síntomas que tienen que ver con problemas de conducta (agresividad, rendimiento escolar...) o hacia aspectos como las quejas somáticas y el retraimiento social, aunque los aspectos cognitivos también deben ser cuantificados.

3.2.1. Métodos de evaluación

Existen diferentes instrumentos para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes, fundamentalmente, cuestionarios autoinformados (auto o heteroaplicados) y entrevistas con diferente grado de estructuración. El instrumento de evaluación que se elegirá, dependerá fundamentalmente del objetivo de ella.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Algunos instrumentos de evaluación son más generales y otros más específicos, y algunos presentan versiones reducidas para disminuir el tiempo empleado en su realización[62] e incluso pueden ser empleados en diferentes ámbitos, no solo en el ámbito clínico[58, 71].

Cuestionarios de depresión

Uno de los métodos de evaluación más empleados son los cuestionarios. Son instrumentos cuyo objetivo es realizar un registro de los sentimientos e ideas recientes, así como hacer un repaso, más o menos exhaustivo, sobre las distintas áreas/dimensiones que pueden estar afectadas: afectiva, conductual y/o fisiológica.

Los cuestionarios de evaluación de la depresión tienen diferentes utilidades: cuantificar la intensidad de la sintomatología, establecimiento de áreas conductuales problemáticas, detección de cambios sintomatológicos (monitorización de síntomas), realizar cribado e incluso, cualificar el tipo de trastorno.

En la tabla 11 se exponen algunos de los cuestionarios que pueden ser empleados para la evaluación de la depresión.

Instrumentos basados en entrevistas

Las entrevistas clínicas varían de acuerdo con el grupo de edad al que van dirigidas, y según su formato pueden ser entrevistas semiestructuradas o estructuradas. Actualmente son muy empleadas, ya que tienen la ventaja de que permiten la homogeneización de los datos (tabla 12).

La mayor parte de ellas se fundamentan en alguno de los sistemas diagnósticos y en líneas generales ofrecen al clínico una guía para preguntar y registrar la información obtenida, lo que permite establecer un diagnóstico y estudiar la comorbilidad. Estas entrevistas requieren de entrenamiento para su utilización y deben ser empleadas por especialistas en salud mental.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 11. Cuestionarios utilizados para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes

Nombre/autor, año.	Edad (años)	Nº de items	Características	Adaptación y validación al castellano
Children's Depression Inventory (CDI)/Kovacs, 1992 (72).	7-17	27 (larga) 10 (breve)	- Versión modificada del BDI para su uso en niños y adolescentes. - La mayor parte de los ítems miden aspectos cognitivos, no mide aspectos biológicos ni conductuales. - Con diferentes puntos de corte según su finalidad (cribado o ayuda al diagnóstico).	- Versión corta: Del Barrio *et al*.(73) - Versión larga: Frías *et al*.(74)
Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)/Reynolds, 1987 (75).	13-17	30	- Presenta un elevado porcentaje de falsos positivos (30%) al punto de corte de la depresión. - No es particularmente efectivo detectando cambios.	Del Barrio *et al*. (1994) (76)
Reynolds Child Depression Scale (RCDS)/Reynolds, 1989 (77).	9-12	30	- Versión similar al RADS para su uso en niños. - En general peores cualidades psicométricas que el RADS.	Del Barrio *et al*. (1996) (76)
Beck Depression Inventory-2nd ed (BDI-II)/Beck *et al.* 1996 (78).	13-18	21	- Forma más reciente, próxima al DSM-IV, diseñada para realizarse en 10 minutos. - Diferencia de forma precisa adolescentes que pueden sufrir depresión de aquellos con una probabilidad más baja.	Sanz *et al*. (79-81)
Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS)/Le Blanc *et al*., 2002 (82).	6-18	16 (larga) 6 (breve)	- Buena fiabilidad y validez. - La versión corta podría ser efectiva para descartar la depresión en muestras comunitarias y ha obtenido mejores resultados que el BDI.	Sin datos
Patient Health Questionnaire-Adolescent version (PHQ-A)/Johnson *et al*., 2002 (83).	13-18	83	- Cuestionarios PHQ basados en el DSM-IV. - Diseñado para su utilización en atención primaria. - Incluye ítems sobre depresión y otros trastornos frecuentes de la adolescencia.	Sin datos
Escala para la evaluación de la depresión para maestros (EDSM)/ Domènech y Polaino, 1990 (84).	8-12	16	- Los ítems se refieren a depresión, alegría y popularidad. - Sus autores han obtenido cuatro factores: rendimiento, interacción social, depresión inhibida y depresión ansiosa. - Los puntos de corte varían según la edad.	Elaborada para población española.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Center for Epidemiological Studies –Depression Scale (CES-D)/Radloff, 1977(85)**.**	12-18	20	- Sin validez clara y con puntos débiles en adolescentes. - En el grupo de edad más joven mide sintomatología depresiva más que depresión. - Adaptado y validado en castellano.	Soler *et al.* (86)
Preeschol Symptoms Self-Report (PRESS)/ Martini *et al*., 1990 (87)**.**	3-7	-	- No específico de depresión. - Presentación pictórica. - 25 láminas, cada lámina tiene una versión de carácter alegre o triste, debe elegirse una de ellas. - Existe versión según sexo y para padres y profesores. - Buenas características psicométricas con población española.	Pictórico: buenas características psicométricas en población española.
Pediatric Symptom Checklist (PSC)/ Jellinek *et al*., 1979 (88)**.**	3-16	35	- Versión para padres y para adolescentes. - Ventajas: brevedad y capacidad de cribar diferentes aspectos psicosociales y del comportamiento. - No diseñada para identificar enfermedades mentales específicas.	Sin datos
Child Behavior Checklist (CBCL)/ Achenback, 1985 (89)**.**	4-18	133	- La versión original es para padres, pero existe una versión para profesores y otra autoaplicada para adolescentes de 11-18 años. - Incluye ítems sobre algunas manifestaciones de depresión. - Ventajas: aporta información sobre problemas conductuales o comportamiento social.	Rubio-Spitec *et al.* (90)
Youth Self-Report (YSR)/ Achemback *et al*., 1987 (91)**.**	11-18	120	- Autoinforme, se complementa con las versiones del CBCL dirigidas a los padres. - Incluye ítems sobre adaptación social y problemas de conducta y emocionales. - Ventajas: puede complementarse con las versiones del CBCL para padres y profesores.	Lemos *et al.* (92)
Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)/ Wood *et al.*, 1995 (93)	8-18	33 (larga) 13 (breve)	- Formato para hijos y padres. - Buena validez diagnóstica. - Con diferentes puntos de corte según se trate de adolescentes o niños más pequeños.	Sin datos

Fuente: elaboración propia y adaptación de varias fuentes[58, 62, 64, 94-97]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 12. Entrevistas estructuradas y semiestructuradas utilizadas en la depresión de niños y adolescentes

Nombre/autor, año.	Edad (años)	Tiempo (horas)	Características	Adaptación y validación al castellano
Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS)/ Kaufman *et al*., 1997 (98).	6-18	1,5-3	- Semiestructurada. - Procedimiento fiable y válido para la evaluación diagnóstica de la depresión. - Consume mucho tiempo, no idónea para realizar diariamente en la consulta.	Ulloa *et al*. (99)
Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)/Costello *et al*., 1985 (100).	6-17	1-2	- Estructurada. - Ventaja: puede ser realizada por personal no sanitario con breve entrenamiento.	Bravo *et al.* (101)
Diagnostic Interview for Children and Adolescents –Revised (DICA-R)/ Herjanic y Reich, 1991 (102).	6-18	1-2	- Estructurada. - Versión para padres e hijos. - Buena validez en adolescentes. - Parece tener tendencia a infradiagnosticar adolescentes, mientras que sobrediagnostica trastornos externalizantes.	Ezpeleta *et al*. (103)
Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)/ Angold y Costello, 2000 (104).	9-17	1-2	- Estructurada. - Versión para padres e hijos - Fiable diagnosticando la depresión. - Glosario detallado para los entrevistadores.	Sin datos
Development and Well-Being Assessment (DAWBA)/ Goodman *et al*., 2000 (105).	5-16	—	- Entrevista estructurada y preguntas abiertas. - Conjunto de cuestionarios, entrevistas y escalas de gradación diseñadas para generar diagnósticos psiquiátricos basados en la CIE-10 y en la DSM-IV en niños de 5-16 años.	Sin datos
Children's Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R)/ Poznanski *et al*., 1984 (106).	6-12	0,5	- Semiestructurada. - Evalúa el grado de gravedad de depresión. - Puntúa información verbal y no verbal (tiempo del habla, hipoactividad, expresión no verbal de afecto depresivo).	Polaino y Domenech (107)

Fuente: elaboración propia y adaptación de varias fuentes[58, 94, 96, 97]

3.2.2. Cribado de la depresión

Diferentes estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto un posible infradiagnóstico e infratratamiento de la depresión en un elevado porcentaje de niños y adolescentes. Estudios realizados en EE.UU. muestran que solo el 50% de los adolescentes con depresión se diagnostican antes de llegar a la edad adulta y que dos de cada tres jóvenes con depresión no se detectan en atención primaria[61].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Debido a esto, se ha propugnado el empleo de instrumentos capaces de realizar un cribado que permita la detección precoz de pacientes con depresión, con la finalidad de que los pacientes reciban el tratamiento adecuado, o incluso para realizar intervenciones preventivas en aquellos pacientes con alto riesgo de desarrollar depresión mayor[64].

Es importante plantearse si la realización de un cribado mejoraría los resultados en los niños y adolescentes con depresión[108, 109] y si debería realizarse de una forma amplia (a toda la población general, es decir, a todos los pacientes que acuden la consulta) o de una forma limitada (únicamente a aquellos pacientes que presenten factores de riesgo).

Existen pocos datos comparativos entre diferentes cuestionarios para su utilización como instrumentos de cribado en la infancia y adolescencia. La guía NICE considera el MFQ uno de los cuestionarios más estudiados y más sólidos para realizar el cribado entre los adolescentes[58], aunque en España no ha sido aplicado con este fin. En cuanto al cribado de la depresión en niños, la guía NICE no recomienda el uso de ningún cuestionario autoinformado.

En nuestro país el CDI ha demostrado ser un buen instrumento de cribado, y ha demostrado tener un alto poder diferenciador entre niños normales y deprimidos[107]. No obstante, este cuestionario tiene algunas limitaciones, entre las que destaca la ausencia de ítems relacionados con aspectos conductuales y biológicos, puesto que se centra en aspectos cognitivos[96].

Con relación a quién debe ir dirigido el instrumento de cribado para lograr los mejores resultados, existe un consenso generalizado en que se debe preguntar sobre los síntomas y los problemas actuales de forma independiente, tanto a los niños como a sus padres, combinando ambos grupos de respuesta para lograr una mejor estimación[58, 60, 61, 64], fundamentalmente, en edades por debajo de los 14 años[64]. Si el instrumento de cribado se dirige únicamente a los padres, se tiende a detectar pocos casos de depresión (falsos negativos), mientras que, si solo se dirige niños o adolescentes, es probable que se detecten casos que no presentan la patología (falsos positivos).

Otros informadores potenciales podrían ser los profesores, amigos o hermanos[60, 110] y entre estos, preferentemente aquellos que tengan una relación más íntima, puesto que podrían informar con mayor fiabilidad[58]. Con respecto al cribado en el ámbito escolar, en un ensayo clínico aleatorizado y controlado se observó que el entrenamiento de profesores para detectar la depresión en adolescentes no mejoró su habilidad para reconocer esta patología entre los alumnos[108].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

En todo caso, estos instrumentos de cribado servirían únicamente para detectar una posible depresión, y sería necesario realizar posteriormente un diagnóstico mediante la entrevista clínica[60, 61, 111].

Algunos autores proponen que los médicos de atención primaria deben realizar un cribado a los adolescentes con riesgo elevado de depresión durante las visitas a la consulta[61], mientras que diferentes organismos como la *U.S. Preventive Services Task Force*[112] o la *Canadian Task Force on Preventive Health Care*[113], consideran que la evidencia científica actual es insuficiente, tanto para recomendarlo como para no hacerlo.

Debido a esta inexistencia de estudios que evalúen la efectividad de los programas de cribado, de forma general, no se recomienda realizar programas de cribado de depresión ni en la población general ni en niños o adolescentes de alto riesgo, aunque sí se recomienda de forma individualizada, realizar una búsqueda activa de la sintomatología depresiva en aquellos pacientes con factores de riesgo.

Resumen de la evidencia

3	La depresión en niños y adolescentes presenta factores de riesgo múltiples correlacionados entre sí, lo que hace improbable que un solo factor de riesgo pueda explicar el desarrollo de la depresión o que su control sea suficiente para prevenir la depresión (58, 59).
3	En el entorno familiar, se consideran factores de riesgo de depresión la existencia de depresión en los padres, los conflictos conyugales, las dificultades relacionales entre uno de los padres y el niño, la presencia de abuso físico, emocional y sexual, la negligencia en el cuidado, así como eventos vitales negativos, como el divorcio o la separación conflictivos de los padres (58-62, 64-67).
3	Son también factores de riesgo la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo, el acoso y la humillación, vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, tener problemas de salud o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja, así como sufrir la pérdida de amistades, o la muerte de un familiar o amigo (58-62, 65-68).
3	Ser del sexo femenino, fundamentalmente en la primera etapa de la adolescencia, tener historia familiar de depresión o de otra enfermedad mental y ciertas alteraciones bioquímicas u hormonales podrían considerarse factores de riesgo individuales, así como también una serie de factores psicológicos, como la afectividad negativa o neuroticismo. Niveles subclínicos de síntomas depresivos incrementan de forma significativa el riesgo de presentar depresión mayor en niños y adolescentes (58, 59, 65, 66, 69).
3	Se han utilizado diferentes instrumentos para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes, fundamentalmente cuestionarios autoinformados o entrevistas semiestructuradas (58, 62, 71).
3	Existen pocos cuestionarios autoaplicados válidos, fiables y específicamente desarrollados para evaluar la depresión en niños menores de seis años (58, 64).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

1+	Dentro de los cuestionarios autoaplicados para el cribado de la depresión, la guía NICE propone el MFQ, como el cuestionario más estudiado para su aplicación a adolescentes (58).
3	En nuestro país el CDI ha demostrado ser un buen instrumento de cribado, y ha demostrado tener un alto poder diferenciador entre niños normales y deprimidos (107).
3	Las preguntas dirigidas a detectar precozmente síntomas depresivos deben realizarse de forma independiente, tanto a los niños como a sus padres, combinando los dos grupos de respuestas para lograr una mejor estimación, fundamentalmente en edades por debajo de los 14 años (58, 60, 61, 64).
	No existen estudios controlados que demuestren que un programa de cribado mejore los resultados de salud en los niños y adolescentes con depresión mayor.

Recomendaciones

D[GPC]	Los médicos de familia y pediatras de atención primaria deberían tener una adecuada formación que les permitiese evaluar aquellos niños y adolescentes con riesgo de depresión y registrar el perfil de riesgo en su historia clínica.
D[GPC]	Ante un niño o adolescente que ha sufrido un evento vital estresante, en ausencia de otros factores de riesgo, los profesionales de atención primaria deberían realizar un seguimiento y fomentar la normalización de la vida cotidiana.
D[GPC]	Toda evaluación de salud mental de un niño o adolescente debería incluir de forma rutinaria preguntas acerca de síntomas depresivos.
✓	El diagnóstico de depresión mayor debe realizarse mediante entrevista clínica. Los cuestionarios por sí solos no permiten la realización de un diagnóstico individual.
✓	No se recomienda realizar cribado de depresión en niños ni en adolescentes de la población general, debido a la inexistencia de estudios que evalúen la efectividad del cribado.
✓	Se deberá realizar una búsqueda activa de sintomatología depresiva en aquellos niños y adolescentes que presenten factores de riesgo, preguntando sobre los síntomas y los problemas actuales de forma independiente, tanto a ellos como a sus padres.
✓	En niños mayores de 8 años y adolescentes, uno de los cuestionarios más utilizados y validado en castellano es el CDI. En adolescentes, se recomienda la utilización de cuestionarios autoaplicados y validados en nuestro entorno que permitan una detección precoz de síntomas depresivos. No obstante, no debe olvidarse que para un diagnóstico completo es necesario realizar una entrevista clínica.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ahora está revisada.

4. Tratamiento de la depresión mayor

Preguntas para responder:

- ¿Cuál es la eficacia de los diferentes tipos de psicoterapia en el tratamiento de la depresión mayor en el niño y adolescente?
- ¿Hay algún tipo de psicoterapia más efectiva que otra según el grado de gravedad de la depresión mayor?
- ¿Cuál es la eficacia de los fármacos antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor del niño y del adolescente?
- ¿Existe algún fármaco antidepresivo considerado de elección?
- ¿Cuál es la seguridad del tratamiento farmacológico y cuál es su relación con la conducta suicida?

4.1. Psicoterapia

La psicoterapia de la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia incluye un diverso número de enfoques, que se diferencian en aspectos como su base teórica, tipo de actividades e implementación de estas, duración y frecuencia del tratamiento o implicación de terceras personas en la terapia. Existe evidencia de eficacia de diferentes intervenciones psicoterapéuticas en este grupo de edad[114], en especial de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia interpersonal para adolescentes[67].

Para el estudio de la eficacia de las intervenciones psicológicas, los ensayos clínicos aleatorios se han convertido en una pieza clave, si bien, en general, presentan una serie de dificultades[115]:

- La variabilidad al aplicar una misma intervención puede afectar a los resultados y hace imprescindible la utilización de manuales de tratamiento, así como realizar una evaluación de la adherencia del terapeuta a dicho manual de tratamiento.
- Es necesario controlar las variables dependientes del terapeuta, sobre todo su entrenamiento psicoterapéutico, experiencia clínica y adherencia al manual de tratamiento.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- Resulta imposible cegar el tratamiento para quien lo administra (psicoterapeuta) y es complicado enmascarar la condición de tratamiento activo para un evaluador externo independiente.
- Las características de los pacientes seleccionados (gravedad del trastorno depresivo, personalidad, historia biográfica, etc.…) y la utilización de diferentes variables de medida, dificultan la comparación entre estudios.

Además, existen algunas características específicas de los estudios de psicoterapia realizados en niños y adolescentes con depresión mayor:

- La mayoría de los estudios se llevan a cabo en adolescentes, por lo que las conclusiones no se deben generalizar a edades más tempranas.
- Existen diferencias en cuanto al número y calidad de los estudios realizados sobre las diferentes psicoterapias, posiblemente debido a factores que tienen que ver con el coste, ética y complejidad de este tipo de ensayos[58].
- Algunos metaanálisis recientes han obtenido un menor tamaño del efecto que en estudios previos. Este cambio en los resultados se debe fundamentalmente a un mayor rigor metodológico[114, 116, 117].

4.1.1. Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitiva fue desarrollada originalmente por Beck y formalizada a finales de los años setenta para ser aplicada en la depresión[118]. La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión. La activación conductual es también un aspecto clave de la terapia cognitiva de Beck, que hace un especial énfasis en la relación entre la actividad y el estado de ánimo. Es una terapia que implica activamente al paciente, es directiva, propone metas específicas y realistas y ayuda a encontrar nuevas perspectivas.

Aunque los modelos cognitivo y conductual de la depresión parten de supuestos diferentes para explicar el origen y mantenimiento del trastorno, se denomina terapia cognitivo-conductual (TCC) a la modalidad de terapia que comparte técnicas cognitivas y emplea de forma sistemática técnicas conductuales. La TCC cuenta con el mayor número de estudios publicados, tanto en adultos como en niños y adolescentes[119].

La TCC ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión moderada en adultos, con resultados similares a los obtenidos con tratamiento farmacológico[115].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

La TCC en niños y adolescentes no difiere ni en la lógica ni en los elementos terapéuticos esenciales de la empleada en adultos, pero como es esperable, los procedimientos terapéuticos se adaptan a la edad del niño. Así, por ejemplo, la psicoeducación acerca del papel de los pensamientos en los estados emocionales puede valerse de recursos como dibujos o ilustraciones.

Las características más importantes de la TCC empleada en población infantil y adolescente, son las siguientes[61, 120]:

- Es una terapia centrada en el presente y basada en la asunción de que la depresión está mediada por la percepción errónea de los sucesos y por el déficit de habilidades.
- Sus componentes esenciales son la activación conductual (incrementar la realización de actividades potencialmente gratificantes) y la reestructuración cognitiva (identificación, cuestionamiento y sustitución de pensamientos negativos). También son elementos importantes el aprendizaje de competencias conductuales y las habilidades sociales en general.
- Los manuales de tratamiento se estructuran en sesiones de entrenamiento de habilidades y sesiones opcionales sobre problemas específicos. Habitualmente las estrategias de la terapia se basan en la formulación clínica del problema (formulación en la que se pone especial énfasis en los factores asociados al mantenimiento del trastorno) y la sesión terapéutica sigue una agenda de problemas que se deben tratar.
- Es frecuente incluir sesiones con los padres y/o familiares, con la finalidad de revisar los progresos y aumentar la adherencia al tratamiento.

En cuanto al papel de los padres en el tratamiento, algunos autores lo han calificado de esencial[121]. Los padres no solo aportan información importante para la evaluación psicológica, el planteamiento de objetivos y la orientación del tratamiento, sino que también pueden actuar como agentes de cambio terapéutico, por ejemplo, facilitando la realización de determinadas tareas indicadas en las sesiones de tratamiento psicológico.

4.1.1.1. TCC individual

Evidencia científica disponible

La GPC elaborada por NICE[58] incluye los resultados de seis ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que evalúan la TCC individual y que obtienen diferentes resultados (tabla 13):

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y ésta vigencia no ha sido revisada.

- En un estudio de pequeño tamaño muestral, la TCC individual no mostró mayor eficacia que un grupo control de pacientes en lista de espera.
- En otro estudio no mostró mayor eficacia que la fluoxetina y la combinación de ambas (TCC y fluoxetina).
- La TCC individual obtuvo mejores resultados al compararla con relajación, terapia de apoyo y terapia familiar conductual. En estos estudios, los efectos diferenciales de la TCC con el grupo control no se mantuvieron a largo plazo. Esta ausencia de diferencias puede atribuirse al inicio del efecto de las terapias realizadas en el grupo control.

Tabla 13. Terapia cognitivo conductual individual en la depresión mayor en niños y adolescentes

Autor	Duración	Comparación	Resultado/eficacia
Vostanis *et al.* (1996)*(125)	9 sesiones de frecuencia semanal.	Terapia de apoyo.	Mayor eficacia de la TCC.
Wood *et al.* (1996)*(126)	5-8 sesiones de frecuencia semanal.	Relajación.	Mayor eficacia de la TCC.
Brent *et al.* (1997)*(127)	12-16 sesiones de frecuencia semanal de 60 minutos.	Terapia familiar conductual, terapia de apoyo.	Mayor eficacia de la TCC.
Rosello *et al.* (1999)*(128)	12 sesiones de frecuencia semanal de 60 minutos.	Control (lista espera).	Menor eficacia de la TCC.
TADS (2004) (122)	15 sesiones en 12 semanas de 50-60 minutos.	Placebo, fluoxetina, TCC + fluoxetina.	Menor eficacia de la TCC frente a fluoxetina y frente a TCC + fluoxetina.
Melvin *et al.* (2006) (124)	12 sesiones de frecuencia semanal de 50 minutos.	Sertralina, TCC+sertralina.	Mayor eficacia de TCC frente a sertralina, menor eficacia de TCC + sertralina frente a cada tratamiento por separado.
TADS (2007) (123)	Tras TCC a corto plazo (TADS 2004), 3/6 sesiones de 50-60 minutos, durante 9 semanas. Seguidas de sesiones de recuerdo cada 6 semanas hasta completar 36 semanas de tratamiento.	Fluoxetina, TCC+ Fluoxetina.	Similar eficacia de TCC, fluoxetina y TCC + fluoxetina.

Fuente: elaboración propia y datos de la guía NICE* [58]

Uno de los estudios aleatorizados y controlados más importantes hasta la fecha es el estudio TADS (*Treatment for Adolescents with Depression Study*), de carácter multicéntrico[122]. Fue realizado en adolescentes de 12 a 17 años con el objetivo de evaluar el tratamiento de la depresión mayor en

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

comparación con placebo, fluoxetina, terapia cognitiva conductual y su combinación. La guía NICE incluye los resultados del TADS tras 12 semanas de tratamiento, pero este ensayo prolongó su duración hasta las 36 semanas[123] en los grupos TCC, fluoxetina y combinación de ambos tratamientos. Tras 12 semanas, la TCC obtuvo una tasa de respuesta similar al grupo placebo. Sin embargo, a las 36 semanas, se encontró una convergencia de resultados, con una mejoría clínica significativa en los tres grupos de tratamiento. Las tasas de respuesta en los grupos fueron: 81% (TCC y fluoxetina), 86% (tratamiento combinado).

Melvin *et al.* (2006)[124] evaluaron la TCC individual (12 sesiones de frecuencia semanal de 50 minutos) en comparación con tratamiento farmacológico con sertralina y la combinación de ambas terapias en adolescentes con depresión leve-moderada. Tras 12 semanas de tratamiento, los tres grupos obtuvieron una mejoría estadísticamente significativa, y esta mejoría se mantuvo en el seguimiento a los 6 meses. El tratamiento combinado no fue mejor que la TCC ni la sertralina. La TCC en comparación directa con sertralina, obtuvo una mayor respuesta al tratamiento, aunque es necesario tener en cuenta la baja dosis de sertralina empleada en este estudio.

Los resultados de la TCC individual a corto plazo en general son positivos, y se obtiene mayor eficacia frente a otras intervenciones (relajación, terapia de apoyo o terapia familiar conductual), aunque no frente a placebo ni frente a pacientes en lista de espera. Mientras que a corto plazo, la TCC individual fue menos eficaz que la fluoxetina, a largo plazo obtuvo similares tasas de respuesta que el fármaco solo o la combinación de ambas.

4.1.1.2. TCC grupal

En este apartado, en la guía NICE[58] se incluyeron los resultados de ocho ECA (tabla 14) que ponen de manifiesto que:

- La TCC grupal es un tratamiento eficaz en cuanto a la reducción de síntomas en comparación con la lista de espera, el no tratamiento o los cuidados habituales. Las diferencias no se mantienen a largo plazo, aunque, al igual que en la TCC individual, esta ausencia de diferencias pudiera deberse al inicio del efecto de los cuidados aplicados al grupo control.
- Frente a otras intervenciones, como relajación, resolución de problemas y automodelado, no existe evidencia concluyente.
- La inclusión adicional de los padres en la TCC grupal (14-16 sesiones de 120 minutos de duración durante 7-8 semanas) parece aumentar la eficacia de la terapia, aunque la evidencia no es concluyente.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 14. Terapia cognitivo conductual grupal en la depresión mayor en niños y adolescentes

Autor	Duración	Comparación	Resultado/ eficacia
Reynolds *et al*. (1986) (129)	10-15 sesiones de 50-120 minutos durante 5-8 semanas.	Lista de espera, relajación grupal.	Mayor eficacia de TCC frente a lista de espera; frente a relajación grupal, evidencia limitada o no concluyente.
Stark *et al*. (1987) (130)	12-16 sesiones de 40-120 minutos durante 5-8 semanas.	Lista de espera, entrenamiento de habilidades y resolución de problemas.	Mayor eficacia de TCC frente a lista de espera; frente a entrenamiento de habilidades y resolución de problemas, resultados de evidencia limitada o no concluyente.
Kahn *et al*. (1990) (131)	10-15 sesiones de 50-120 minutos durante 5-8 semanas.	Lista de espera, relajación grupal, automodelado.	Mayor eficacia de TCC frente a lista de espera; frente a relajación grupal y automodelado, resultados de evidencia limitada o no concluyente.
Lewinsohn *et al*. (1990) (132)	14-16 sesiones de 120 minutos durante 7-8 semanas.	Lista de espera, terapia grupal + inclusión padres.	Mayor eficacia de TCC frente a grupo control lista de espera. Evidencia no concluyente de la inclusión de los padres.
Weisz *et al*. (1997) (133)	8-16 sesiones de 40-60 minutos durante 5-8 semanas.	No tratamiento.	Mayor eficacia de TCC.
Clarke *et al*. (1999) (134)	14-16 sesiones de 120 minutos durante 7-8 semanas.	Lista de espera, terapia grupal + inclusión padres.	Mayor eficacia de TCC frente a grupo control lista de espera. Evidencia no concluyente de la inclusión de los padres.
Clarke *et al*. (2002) (135)	8-16 sesiones de 40-60 minutos durante 5-8 semanas.	Cuidados habituales.	Mayor eficacia de TCC.
Rohde *et al*. (2004) (136)	12-16 sesiones de 40-120 minutos durante 5-8 semanas.	Entrenamiento en habilidades y resolución de problemas.	Evidencia limitada o no concluyente.

Fuente: elaboración a partir de la guía NICE[58]

Posteriormente se han publicado tres ECA[136-138] sobre TCC grupal en ámbitos muy concretos: centros de menores y casas de acogida. En estos estudios se comparó la TCC grupal frente a una intervención grupal basada en entrenamiento de habilidades[136, 138] y frente a la no intervención[137] y se encontró que la TCC grupal fue más eficaz.

En resumen, la TCC grupal ha mostrado ser eficaz frente a un grupo control de pacientes en lista de espera, con cuidados habituales y sin tratamiento. Frente a otras intervenciones como relajación, resolución de problemas y automodelado, no existe evidencia de que esta terapia sea más eficaz.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su evidencia no ha sido revisada.

4.1.2. Terapia interpersonal

La terapia interpersonal (TIP) fue desarrollada por Klerman[139] con la finalidad de ser aplicada como tratamiento de mantenimiento de la depresión, aunque posteriormente se ha empleado como un tratamiento independiente y para el tratamiento de otras psicopatologías.

La TIP aborda principalmente las relaciones interpersonales e interviene en el contexto social inmediato del paciente. Se basa en la asunción de que los problemas interpersonales pueden actuar como activadores o exacerbar la depresión. Por ello, se centra en los problemas interpersonales con la finalidad de favorecer cambios adaptativos, para que, a su vez, se produzca una mejoría de la sintomatología depresiva.

La TIP conceptualiza la depresión como un conjunto de tres componentes: sintomatología, funcionamiento social y personalidad. Su finalidad es incidir sobre los dos primeros componentes. El modelo terapéutico se focaliza en cuatro problemas interpersonales: duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficits interpersonales[140].

Mufson *et al*. (1993) fueron los primeros en adaptar la TIP para su uso en adolescentes con depresión (TIP-A)[141]:

- Es un tratamiento estandarizado para su uso una vez por semana, durante 12 semanas (igual que la TIP para adultos).
- Se diferencia de la TIP para adultos en el número de sesiones individuales: la TIP-A consta de 12 sesiones individuales a las que se añaden sesiones que incluyen a los padres.
- Se abordan aspectos clave de la adolescencia como: individualización, establecimiento de autonomía, desarrollo de relaciones sentimentales, estrategias de afrontamiento frente a pérdidas interpersonales y manejo de la influencia de los compañeros.

Evidencia científica disponible

En la GPC elaborada por NICE[58] (tabla 15) se incluyeron tres ECA de los que se podrían extraer las siguientes conclusiones:

- La TIP fue más eficaz al compararla con grupo control en lista de espera y cuidados habituales, en cuanto a la remisión o reducción de sintomatología depresiva.
- En solo en uno de ellos se puso de manifiesto una mejoría del funcionamiento general, social y familiar frente a tratamiento habitual.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Posteriormente, en el estudio de Young *et al*., (2006)[142], se evaluó un programa de TIP-A *(Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training*), con una pauta de 10 sesiones de frecuencia semanal de 90 minutos. Este programa fue una adaptación de la TIP-A para su utilización en el ámbito escolar. Se realizaron dos sesiones individuales y ocho grupales, que se compararon con un grupo control que recibió *counseling* escolar. Los adolescentes del grupo TIP-A obtuvieron una mejoría significativamente mayor en cuanto a sintomatología depresiva que el grupo control que se mantuvo estable a los tres y seis meses de seguimiento.

En un estudio abierto de Young *et al*. (2006), la TIP-A comparada con tratamiento habitual en ámbito escolar (fundamentalmente terapia grupal o familiar), también ha obtenido buenos resultados en adolescentes con depresión y ansiedad comórbidos[143].

Tabla 15. Terapia interpersonal en la depresión mayor en niños y adolescentes

Autor	Duración	Comparación	Resultado/ eficacia
Mufson *et al*. (1999)* (144)	12 sesiones de 35 minutos durante 16 semanas.	Lista de espera.	Mayor eficacia de TIP.
Rosello *et al.* (1999)* (128)		Cuidados habituales.	Mayor eficacia de TIP.
Mufson *et al.* (2004)* (145)		TCC individual, lista de espera.	Mayor eficacia de TIP frente a lista de espera, sin evidencia concluyente frente a TCC.
Young *et al.* (2006) (142)	10 sesiones de frecuencia semanal de 90 minutos.	*Counseling.*	Mayor eficacia de TIP.
Young *et al.* (2006) (143)	10 sesiones de frecuencia semanal de 90 minutos.	Cuidados habituales (ámbito escolar).	Mayor eficacia de TIP.

Fuente: elaboración propia y datos de la guía NICE* [58]

La TIP-A ha obtenido buenos resultados frente a lista de espera y cuidados habituales, así como en el ámbito clínico y escolar. Frente a TCC individual la evidencia no es concluyente, y no ha sido comparada con otras intervenciones.

4.1.3. Terapia psicodinámica individual

La terapia psicodinámica deriva del psicoanálisis y se basa en la teoría de Freud acerca del funcionamiento psicológico: la naturaleza de los conflictos puede ser en gran medida inconsciente, por lo que el objetivo terapéutico es resolver estos conflictos[146].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

En la guía NICE se incluyeron datos preliminares del estudio de Trowell *et al.* (2007)[147] sobre terapia psicodinámica individual en niños y adolescentes con depresión. En este ECA multicéntrico se compara la terapia psicodinámica individual (16-30 sesiones de 50 minutos durante 36 semanas) con la terapia familiar (8-14 sesiones de 90 minutos durante 36 semanas). Ambas terapias mostraron ser igualmente eficaces en niños y adolescentes con depresión moderada a grave. En el seguimiento a las 36 semanas, la totalidad del grupo tratado con terapia psicodinámica individual no presentó criterios clínicos de depresión, lo que sugiere un buen mantenimiento de los resultados de esta modalidad de terapia. Además en ambos grupos se encontró un descenso de la patología comórbida, concretamente en trastornos de conducta y de ansiedad.

La evidencia de este tipo de terapia no es concluyente ya que únicamente se ha encontrado un estudio y con deficiencias metodológicas.

4.1.4. Terapia familiar

La terapia familiar (TF) hace de las relaciones familiares el foco principal de su intervención. Algunos autores han señalado que existe una fuerte evidencia de asociación entre la depresión infanto-juvenil y factores como vínculos afectivos débiles, niveles elevados de criticismo, hostilidad familiar o psicopatología parental[148].

Aunque existen diferentes escuelas dentro del enfoque familiar, de modo genérico podría dividirse en terapia familiar conductual, psicodinámica y sistémica. Las intervenciones familiares tienen una serie de características comunes[149]:

- Varias fases diferenciadas: evaluativa, psicoeducación, intervención sobre el funcionamiento de varias áreas (cognitiva, afectiva, interpersonal y conductual, según el enfoque de la terapia concreta) y retroalimentación.
- La intervención debe ser aplicada por un profesional cualificado (con experiencia en TF).
- El participante debe asistir compañado de su familia a la mayoría de las sesiones de la terapia.
- Suele constar de un mínimo de seis sesiones, con una duración de una hora.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y ya no está vigente o ha sido revisada.

Evidencia científica disponible

Existen pocos ensayos clínicos aleatorizados sobre el empleo de la TF en la depresión mayor en niños y adolescentes. La guía NICE incluye tres estudios (tabla 16):

- En uno de los estudios se evalúo la TF en comparación con un grupo control de pacientes en lista de espera, y se obtuvieron buenos resultados en cuanto a la reducción de sintomatología depresiva. Los adolescentes que recibieron TF también presentaron menor conflicto familiar y menores niveles de ansiedad e ideación suicida. A los seis meses, se encontraron altas tasas de remisión.
- En otro, se comparó la TF con TCC individual y terapia de apoyo. La terapia que obtuvo mejores resultados en cuanto a reducción de sintomatología depresiva y tasas de remisión fue la TCC individual. En el seguimiento no se observaron diferencias entre los grupos. La TF redujo en mayor medida el conflicto familiar en relación con la TCC individual.

Con posterioridad, se ha publicado un estudio multicéntrico[147] que comparó la TF (14 sesiones de 90 minutos durante 36 semanas) con la terapia psicodinámica individual (30 sesiones de 50 minutos durante de 36 semanas). La TF obtuvo tasas altas de remisión y de reducción de síntomas, con un buen mantenimiento de los resultados en el seguimiento de 6 meses.

Tabla 16. Terapia familiar en la depresión mayor en niños y adolescentes

Autor	Duración	Comparación	Resultado/ eficacia
Brent *et al.** (127)	12-16 sesiones de 60 minutos durante 12-16 semanas.	TCC individual, terapia apoyo.	Menor eficacia de TF, aunque mejores resultados en cuanto a funcionamiento familiar.
Diamond *et al.* (2002)* (148)	12-15 sesiones de 60-90 minutos durante 6 semanas.	Lista de espera.	Mayor eficacia de TF.
Trowell *et al.* (2007) (147)	14 sesiones de 90 minutos durante 36 semanas.	Terapia psicodinámica individual.	Igualdad de eficacia de TF y terapia psicodinámica individual.
Tompson *et al.* (2007) (150)	9-12 sesiones de una hora durante 12-20 semanas.	Sin grupo control.	Tasas de remisión similares a las obtenidas en estudios de eficacia de TCC o TIP.

Fuente: elaboración propia y datos de la guía NICE* [58]

En el ensayo no controlado de Tompson *et al.* (2007)[150], realizado con la finalidad de desarrollar un manual de tratamiento, evaluar su viabilidad y examinar la efectividad de la terapia familiar (9-12 sesiones de una hora durante 3-5 meses)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

se encontraron tasas de remisión similares a las obtenidas en estudios de eficacia de TCC o TIP. Se puso de manifiesto que los factores familiares pueden actuar como factores de mantenimiento de la depresión, y el constructo "emoción expresada" podría actuar como un mediador de la respuesta al tratamiento. En este estudio se emplearon técnicas habituales de la terapia cognitivo-conductual como: psicoeducación, habilidades de comunicación, programación de actividades o habilidades de resolución de problemas, denominadas por los autores "tratamiento focalizado en la familia".

La terapia multisistémica (TMS) es un programa psicoterapéutico que incluye aspectos de la terapia familiar y la TCC y se ha venido utilizando en EE.UU. con jóvenes con trastornos juveniles, sociales, emocionales y conductuales graves. A pesar de que las primeras revisiones favorecían a la TMS frente a otras opciones terapéuticas, en un reciente metaanálisis[151], se encontró que no existe evidencia concluyente de la efectividad de esta técnica, con respecto a otras técnicas.

En resumen, la TF es más eficaz que la lista de espera para reducir los niveles de depresión, y en un estudio mostró la misma eficacia que la terapia psicodinámica individual.

4.1.5. Prevención de recaídas

Un 30% de los niños y adolescentes con depresión mayor, presentan recurrencia en un periodo de cinco años, muchos de ellos en el primer año tras el episodio y otros padecerán algún episodio en la vida adulta[58].

En los ensayos clínicos, también se pone de manifiesto que al final del tratamiento una cantidad considerable de pacientes continúan presentando síntomas. A pesar de esto, la mayoría de los estudios no realizan seguimiento más allá de los nueve meses, y los que lo hicieron (nueve meses-dos años) encontraron que un gran porcentaje de la muestra continuaba presentando síntomas depresivos o recurrencia[116].

En la práctica clínica, es importante valorar la existencia de posibles factores causales o mantenedores de la depresión, que incluyen dificultades en las relaciones familiares, enfermedad psiquiátrica de los padres, dificultades con el grupo de iguales, características culturales y étnicas, enfermedades físicas o patología comórbida.

Evidencia científica disponible

En este apartado, la guía NICE[58] incluye dos ensayos no aleatorizados:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- En uno de ellos, tras un tratamiento a corto plazo de TCC grupal (ocho sesiones de dos horas), los pacientes fueron aleatorizados para recibir una o dos sesiones *booster* o de recuerdo de TCC grupal y evaluaciones cada cuatro meses, o solo evaluaciones cada cuatro o 12 meses. Se encontró una baja probabilidad de que las sesiones de recuerdo fuesen efectivas en cuanto a la prevención de recaídas.
- En otro estudio, tras el tratamiento a corto plazo (ocho sesiones de TCC grupal) se comparó la TCC grupal de continuación durante seis meses con un grupo control histórico de un ensayo previo. Se encontró evidencia limitada de que la continuación con TCC grupal redujese el riesgo de recaídas.

En el estudio TADS, tras 12 semanas de terapia cognitivo-conductual se realizó un tratamiento de continuación de seis semanas y sesiones de recuerdo cada seis semanas hasta completar 36 semanas de tratamiento. Una vez terminado este período se encontró, a diferencia de lo ocurrido a las 12 semanas, una mejoría clínica en el grupo TCC similar al grupo que recibió fluoxetina o ambos tratamientos combinados. Las tasas de respuesta para TCC fueron de 48% en la semana 12, 65% en la semana 18 y 81% en la semana 36, mientras que la fluoxetina obtuvo unas tasas de respuesta de 62%, 69% y 89%, respectivamente[123].

En resumen, el llevar a cabo sesiones de continuación y mantenimiento (recuerdo o *booster*) y de prolongar los tratamientos con TCC más allá de las 12 semanas podría maximizar la probabilidad de respuesta y minimizar la de recaídas.

4.2. Tratamiento farmacológico

La eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor en los adultos está bien documentada, pero en el caso del niño y adolescente existe controversia sobre cuál es la terapia más adecuada y dentro del tratamiento farmacológico, cuál es el antidepresivo más idóneo en relación tanto a su seguridad como a su eficacia.

4.2.1. Prescripción de antidepresivos en la infancia y en la adolescencia

Realizando una recopilación histórica sobre la indicación y uso de los antidepresivos en niños y adolescentes, en el año 2000 *The Royal College of Paediatrics and Child Health* del Reino Unido recomendaba la utilización de fármacos antidepresivos únicamente cuando no hubiese otra alternativa y su indicación estuviese suficientemente justificada[152]. En el 2003, el *Committee*

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

on Safety of Medicines (CSM) desaconsejó el uso del citalopram, escitalopram, fluvoxamina, paroxetina, sertralina y venlafaxina en el tratamiento de la depresión en menores de 18 años, y, con respecto a la fluoxetina señaló que aunque no se recomendaba en la ficha técnica, el balance riesgo/beneficio de este fármaco parecía favorable[153].

En el año 2004 la *Food and Drug Administration* (FDA)[154] advierte de la posible asociación entre el consumo de antidepresivos y el incremento de ideación o intentos suicidas en niños y adolescentes, que junto con la falta de pruebas contundentes sobre la eficacia de los tratamientos farmacológicos, suscitó un recelo generalizado a la hora de prescribir estos antidepresivos en este grupo poblacional.

El *Committee on Human Medicinal Products* de la Agencia Europea de Evaluación de Fármacos (EMEA)[155] revisó, en el año 2005, el uso pediátrico de los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y IRSN (inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina) y se observó una mayor frecuencia de hostilidad e intentos o pensamientos suicidas en comparación con el placebo. Sin embargo, este mismo organismo[156] concluyó al año siguiente que los beneficios del uso de la fluoxetina en el tratamiento de la depresión en niños de ocho o más años, superaban los riesgos potenciales, lo que se confirmó posteriormente[157].

Las recomendaciones emitidas por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) sobre la utilización de fármacos antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor del niño y el adolescente indican que ni los ISRS, con la posible excepción de la fluoxetina, ni la venlafaxina, deberían utilizarse en menores de 18 años. Se hace mención también al favorable balance riesgo/beneficio de la fluoxetina, si bien se apunta la necesidad de realizar más estudios para garantizar la seguridad de este fármaco en este grupo de población[158, 159].

En 2007 un nuevo documento de la *U.S. Food and Drug Administration* (FDA)[160] con relación a la ideación y comportamiento suicida en jóvenes que son tratados con fármacos antidepresivos ha señalado que los datos disponibles no son suficientes para excluir ningún fármaco de un aumento del riesgo de pensamientos y comportamientos autolesivos, principalmente al inicio del tratamiento, autorizando únicamente la fluoxetina como fármaco para uso en niños y adolescentes con depresión mayor.

En la tabla 17 se resumen las recomendaciones de diferentes instituciones sobre el uso de antidepresivos en niños y adolescentes.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 17. Uso de antidepresivos en la depresión mayor en niños y adolescentes

INSTITUCIÓN	RECOMENDACIÓN
Royal College of Paediatrics and Child Health; 2000. Reino Unido.	– Uso de antidepresivos si no hay otra alternativa y si existe indicación justificada.
Committee on Safety of Medicines (CSM); 2003. Reino Unido.	– Fluoxetina: balance riesgo/beneficio favorable en menores de 18 años. – Se desaconsejó el uso de otros antidepresivos.
Food and Drug Administration (FDA); 2004. EE.UU. *Food and Drug Administration (FDA)*; 2007. EE.UU.	– Advierte de la posible asociación entre el uso de antidepresivos y el aumento de conducta o ideación autolítica. – Fluoxetina: único fármaco autorizado; no descartable la aparición de ideación autolítica en mayor medida al comenzar con cualquier fármaco antidepresivo.
Committee on Human Medicinal Products de la Agencia Europea de Evaluación de Fármacos (EMEA); 2005.	– Fluoxetina: beneficio supera riesgo potencial. – Advierte del posible aumento de hostilidad y pensamientos suicidas.
Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS); 2005-06; España.	– Fluoxetina: balance riesgo/beneficio favorable. – No deberían utilizarse otros antidepresivos. – Necesarios más estudios para garantizar seguridad.

DM: depresión mayor
Fuente: elaboración propia

4.2.2. Eficacia de los diferentes fármacos

4.2.2.1. IMAO

La evidencia de la eficacia de los IMAO en la depresión de niños y adolescentes es muy limitada[161]. No hay estudios suficientes que justifiquen el uso de IMAO en la práctica clínica de la depresión de niños y adolescentes.

4.2.2.2. Tricíclicos

No se han observado resultados que indiquen una superioridad de los antidepresivos tricíclicos frente al placebo en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes[58, 60, 95, 161-163].

4.2.2.3. ISRS

Fluoxetina

• Eficacia

Se ha observado que la fluoxetina (hasta 40 mg al día durante 7-12 semanas) es eficaz en pacientes entre los 7 y los 18 años. Frente al placebo, la fluoxetina

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

mejora los síntomas depresivos e incrementa la remisión y la respuesta al tratamiento, presenta un impacto positivo en la mejoría clínica global y en la gravedad de la depresión y no existen datos concluyentes sobre el impacto funcional[58]. El estudio TADS obtuvo datos comparativos de la fluoxetina frente a placebo a las 12 semanas. Tras este período de seguimiento, la fluoxetina (10-40 mg/día) obtuvo un porcentaje de respuesta del 61%, frente al 35% del grupo placebo[122]. Por el contrario, en algún otro estudio de pequeño tamaño muestral se han comunicado respuestas similares entre el grupo placebo y el tratado con fluoxetina[164]. Por último en un metaanálisis publicado en 2008 y en el que se combinaron tres ensayos clínicos aleatorizados, se mostró que la fluoxetina produce una mejoría clínica estadísticamente significativa dos veces superior al placebo[165].

Por otra parte, la eficacia de la fluoxetina se ha relacionado con el grado de gravedad de la enfermedad, por lo que los resultados clínicos serían más favorables en pacientes con depresión mayor moderada o grave[165, 166], punto importante a la hora de valorar el tratamiento más conveniente por parte de los clínicos.

• Efectos adversos

Los más frecuentemente observados fueron cefalea, sedación, insomnio, vómitos, dolor abdominal y, en algunas ocasiones, rash cutáneo e hiperkinesia[58, 122, 167]. En el estudio TADS[122] también se observó, en el grupo tratado con fluoxetina, una mayor frecuencia de otros efectos adversos, como euforia, ansiedad, agitación y auto-heteroagresividad, aunque en general de carácter leve.

En cuanto a la ideación suicida, en la guía NICE[58] se recoge mayor ideación suicida en el grupo tratado con fluoxetina, si bien no se especifican los porcentajes en ambos grupos de comparación, ni la significación estadística entre ellos. En el ensayo TADS[122] el 27% de los pacientes presentaban inicialmente ideación suicida según la escala CDRS-S y el 29% según la escala *Suicidal Ideation Questionnaire–Junior High School version* (SIQ-Jr). Tras 12 semanas de tratamiento, la puntuación de estas escalas se redujo al 9,4% en la CDRS-S y al 10,3% en la SIQ-Jr en los cuatro grupos de tratamiento y sin que existiesen diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

En el metaanálisis de Bridge *et al.* no se observaron diferencias estadísticamente significativas de riesgo agrupado entre los pacientes tratados con placebo o con diversos antidepresivos (fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram, venlafaxina y mirtazapina), por lo que se concluyó que en relación con la ideación y la conducta suicida, los beneficios que se obtienen del tratamiento antidepresivo parecen ser mayores que los riesgos[168].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y se vigilará su posible revisada.

Paroxetina

La guía NICE recoge un estudio en el que una dosis de hasta 40 mg/día de paroxetina durante 8-12 semanas aumenta la probabilidad de remisión en pacientes de 12 a 18 años; posteriores estudios han señalado que este fármaco parece tener poco impacto sobre los síntomas depresivos o el estado funcional. Así, no parecen existir diferencias significativas entre el grupo tratado con paroxetina y el placebo, con tasas de respuesta clínica del 49-67% para paroxetina y del 46-58% para placebo[95, 162, 167, 169].

La paroxetina, en estos estudios, tuvo más efectos secundarios que el placebo, y consistieron en aparición de hostilidad, trastornos del sueño, temblor, cefalea, náuseas y mareo [58, 167, 169, 170].

Sertralina

La sertralina, en comparación con placebo, parece mostrar un moderado grado de eficacia en adolescentes, pero no en niños. Así, Wagner *et al.*[171] observan una reducción significativa en las puntuaciones de gravedad de los síntomas del trastorno depresivo en la escala CDRS-R en el subgrupo de adolescentes, pero no en el de niños.

En relación con la aparición de efectos adversos, se recoge la aparición de náuseas, y en menor medida de diarrea y vómitos[58, 167], lo que podría favorecer el abandono precoz del tratamiento, si bien no se han encontrado diferencias significativas con el placebo[167].

Citalopram

Un ensayo con citalopram (hasta 40 mg/día durante 8 semanas) en niños y jóvenes de 7 a 17 años con depresión mayor mostró una mejoría significativa en los síntomas depresivos medidos con la escala CDRS-R[172], mientras que en otro estudio[173] no se observaron diferencias entre ambos grupos de tratamiento en las puntuaciones obtenidas en la escala *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-aged children-Present episode version* (K-SADS-P) y *Montgomery Asberg Depression Rating Scale* (MADRS). Usala *et al.*, combinando en un metaanálisis los resultados de estos dos estudios, observaron un moderado grado de eficacia del citalopram en el tratamiento de la depresión mayor en niños y adolescentes[165], aunque de carácter no significativo.

Se citaron como efectos adversos más frecuentes, cefalea, rinitis, náuseas, diarrea e insomnio[58, 167, 169].

Han transcurrido más de 5 años desde la aplicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Escitalopram

Los estudios con este fármaco son escasos; en el estudio de Wagner *et al.*[174] se observa que 10-20 mg al día de escitalopram durante ocho semanas en pacientes de 6-17 años no producen cambios significativos en la *Children's Depression Rating Scale-Revised* (CDRS-R), si bien al analizar por subgrupos de edad, el escitalopram fue efectivo en el grupo de adolescentes (12-17 años) y no en el de niños (6-11 años). Los efectos adversos más frecuentes en este estudio fueron la cefalea (23%) y el dolor abdominal (11%), aunque no se encontraron diferencias significativas con el grupo placebo.

Tabla 18. Dosis habituales de los ISRS*en la depresión mayor del niño y adolescente

Fármaco**	Dosis inicio (mg/día)	Incremento semanal (mg)	Dosis efectiva (mg)	Dosis máxima en EC (mg)
Fluoxetina	10	10-20	20	60
Sertralina	25	12,5-25	50	200
Citalopram	10	10	20	60
Escitalopram	5	5	10	20

EC: ensayo clínico.

* Las dosis indicadas son orientativas. Todas las dosis tienen que ser individualizadas y se ha de realizar un riguroso seguimiento por parte del especialista en salud mental. En general, se debe iniciar el tratamiento con dosis bajas e ir incrementándolo progresivamente.

** Se recomienda habitualmente la administración matutina.

Fuente: elaboración propia

La fluoxetina es el único fármaco autorizado por la FDA y la AEMPS para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, y, por lo tanto, puede ser considerada de elección, pero no el único que ha mostrado ser eficaz. El resto de ISRS, a excepción de la paroxetina, podrían ser también considerados como alternativas a la fluoxetina. El médico es quien debe realizar la elección del fármaco teniendo en cuenta el perfil clínico del paciente (características clínicas de la depresión, historia familiar y respuesta previa a fármacos específicos en familiares).

4.2.2.4. iSRN: venlafaxina

Los resultados de los pocos estudios existentes que comparan la venlafaxina con el placebo no son concluyentes, y así, la administración de hasta 225 mg al día durante 8 semanas parece producir una pequeña mejoría en las tasas de remisión, de respuesta al tratamiento o del estado funcional[58]. Por su parte, otros estudios no encuentran tales diferencias[60, 95], si bien, al analizar por subgrupos de edad se observaron mejores resultados en adolescentes que

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

en niños[60], por lo que algunos expertos no desaconsejan este tratamiento como alternativa cuando no ha habido respuesta a los ISRS. Los principales efectos adversos de la venlafaxina fueron náuseas, anorexia, hipertensión y taquicardia[58, 60, 95, 169].

4.2.2.5. Antagonistas α2 presinápticos: mirtazapina

En dos ensayos clínicos no se observaron diferencias entre el tratamiento con mirtazapina (15-45 mg al día, 8 semanas) o con placebo en relación con la reducción de síntomas depresivos en niños o adolescentes[58, 95]. Con relación a la aparición de efectos adversos, la mirtazapina puede incrementar el apetito, el peso corporal y producir somnolencia[58].

4.2.3. Prevención de recaídas

En la guía elaborada por NICE[58] no se encontraron ensayos aleatorizados que abordasen la prevención de recaídas, por lo que se recomienda seguir con la práctica clínica realizada en adultos. En este sentido, los jóvenes que responden a la medicación antidepresiva deberían continuar el tratamiento durante 6 meses tras la remisión clínica. Asimismo recomiendan una retirada gradual del tratamiento, entre 6-12 semanas, aunque la evidencia en que se apoya no es clara[58, 170].

En el estudio de Emslie *et al.* llevado a cabo en niños y adolescentes se aborda la prevención de recaídas tras tratamiento con fluoxetina, y se observa que, tras 36 semanas de seguimiento, el 42% de los tratados con fluoxetina sufrieron recaídas, mientras que lo hicieron el 69% de los tratados con placebo[175].

En resumen, de los diferentes fármacos antidepresivos existentes, los ISRS parecen ser los únicos eficaces, y la fluoxetina, el único recomendable en el tratamiento de inicio. La posible aparición de ideación y conducta autolesiva hace necesaria la vigilancia del paciente, especialmente al inicio del tratamiento, si bien hay que tener en cuenta que los beneficios que se obtienen con el tratamiento antidepresivo parecen ser mayores que los riesgos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Resumen de la evidencia

Psicoterapia	
1++ 1+	**TCC individual:** - A corto plazo, no fue significativamente diferente del placebo en pacientes con depresión moderada-grave (122). Frente a sertralina (50 mg) (124), la TCC individual obtuvo mayor respuesta que el tratamiento farmacológico, en un grupo de pacientes con depresión leve-moderada.
1++	- A largo plazo la TCC obtuvo similares tasas de respuesta que fluoxetina, y similares también a la combinación de fluoxetina y TCC (123).
1+	**TCC grupal**: - A corto plazo (8 semanas), la TCC grupal es un tratamiento eficaz en cuanto a la reducción de síntomas en comparación con: lista de espera, no tratamiento y cuidados habituales (58). Frente a otras intervenciones como relajación, entrenamiento de habilidades, automodelado y resolución de problemas, no existe evidencia concluyente de que la TCC grupal sea más efectiva.
1+	**TIP-A**: - Existe evidencia de una mayor eficacia de la TIP en comparación con pacientes en lista de espera o con cuidados habituales (58).
2+	**Terapia psicodinámica individual:** - Se incluyó solo un estudio donde se comparó con la TF, que obtuvo tasas similares de eficacia. La evidencia sobre la terapia psicodinámica en formato individual, no es concluyente (147).
1+	**Terapia familiar**: - Existe evidencia de una mayor eficacia de la TF en comparación con un grupo control de pacientes en lista de espera (58).
1+	- Frente a TCC individual y terapia de apoyo, la TF fue superior en la reducción de conflictos familiares (58).
2+	- Frente a la terapia psicodinámica individual, la TF obtuvo resultados similares de eficacia, con un buen mantenimiento de los resultados en el tiempo (147).
2+	- La TF obtuvo tasas de remisión similares a los estudios de eficacia de TCC o TIP (150).
1++	**Prevención de recaídas**: - Las sesiones de continuación y de recuerdo tras psicoterapia con TCC aumentan la respuesta al tratamiento y reducen la posibilidad de recaídas (123).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tratamiento farmacológico	
1++	De los diferentes fármacos antidepresivos existentes, los ISRS han mostrado ser los únicos eficaces en el tratamiento de la depresión mayor en niños y adolescentes (58, 161, 165).
1++ 1+	Dentro de los ISRS, la fluoxetina es el único fármaco que ha mostrado ser eficaz y que está autorizado para el tratamiento de la depresión mayor en niños y adolescentes (58, 122, 164, 165). En adolescentes, la sertralina, citalopram y escitalopram han demostrado eficacia (169, 171-174).
1++	La eficacia de la fluoxetina está en relación con el grado de gravedad de la enfermedad, por lo que los resultados clínicos son más favorables en pacientes con depresión mayor moderada o grave (122, 166).
1+	Los efectos adversos del tratamiento de la depresión con ISRS no suelen ser de carácter grave. Los más frecuentes son, la aparición de cefalea, náuseas, irritabilidad, ansiedad y alteraciones del sueño y del apetito (58, 60, 95, 122, 167, 169, 170, 174).
1++	En las primeras semanas de tratamiento con antidepresivos en niños y adolescentes, es posible la aparición de ideación y conducta autolesiva, aunque no se ha demostrado un incremento de suicidios consumados (58, 122, 168).
1+	En relación con la ideación y la conducta suicida, los beneficios que se obtienen con el tratamiento antidepresivo (fluoxetina) son mayores que los riesgos (168).
1+	La tasa de recaídas son menores en aquellos pacientes tratados con fluoxetina que en los que reciben placebo (175).

Recomendaciones

Recomendaciones generales	
✓	El tratamiento de la depresión en la infancia y en la adolescencia debería ser integral, y abarcar todas aquellas intervenciones psicoterapéuticas, farmacológicas y/o psicosociales que puedan mejorar su bienestar y capacidad funcional.
✓	El manejo de la depresión debería incluir siempre cuidados clínicos estándar, entendiendo como tales, psicoeducación, apoyo individual y familiar, técnicas de resolución de problemas, coordinación con otros profesionales, atención a otras comorbilidades y monitorización regular del estado mental.
✓	Independientemente de la terapia utilizada, habría que conseguir siempre una alianza terapéutica sólida y utilizar técnicas específicas para la infancia y adolescencia, así como contar con los padres como parte fundamental del proceso terapéutico.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Depresión mayor leve	
D^{GPC}	En niños y adolescentes con depresión mayor leve y ausencia de factores de riesgo, ideas/conductas autolesivas y comorbilidades, el médico de familia o pediatra podrá dejar transcurrir un período de dos semanas de observación y seguimiento de la evolución.
D	Durante este período, el profesional de atención primaria debería proporcionar apoyo activo al niño o adolescente y su familia, facilitando pautas de hábitos de vida saludable, psicoeducativas o de manejo de situaciones.
✓	Si tras este período de observación persisten los síntomas depresivos, se recomienda derivar al paciente a atención especializada en salud mental infantojuvenil.
✓	Se deberá derivar inicialmente a salud mental infantojuvenil, a aquellos pacientes con depresión que presenten ideación o conductas autolesivas, factores de riesgo o comorbilidades graves, como abuso de sustancias u otra patología mental, aunque el grado de depresión sea leve.
B	En atención especializada en salud mental infantojuvenil, el tratamiento de elección de una depresión mayor leve será una terapia psicológica durante un período de 8 a 12 semanas (sesiones semanales).
B	Las modalidades de psicoterapia iniciales recomendadas en la depresión mayor leve son la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar o la terapia interpersonal.
D^{GPC}	Durante este período de terapia psicológica, se deberá realizar un seguimiento regular de la evolución clínica del niño o adolescente.
B	Con carácter general, no se recomienda utilizar fármacos antidepresivos en el tratamiento inicial de los niños y adolescentes con depresión leve.
Depresión mayor moderada y grave	
B	Todo niño o adolescente con depresión mayor moderada-grave deberá ser derivado inicialmente a salud mental infantojuvenil.
B	Siempre que sea posible, el tratamiento de inicio de la depresión moderada de adolescentes será mediante psicoterapia, al menos durante 8 a 12 semanas (mínimo 1 sesión/semanal). La terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal o familiar son las modalidades psicoterapéuticas que han demostrado mejores resultados.
B	En la depresión grave en adolescentes, se recomienda utilizar inicialmente la psicoterapia (terapia cognitivo conductual) junto con el tratamiento farmacológico (fluoxetina). En casos individualizados podría utilizarse únicamente el tratamiento farmacológico, siempre asociado a cuidados clínicos estándar.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

B	El tratamiento combinado de fluoxetina y terapia cognitivo conductual se recomienda especialmente en aquellos casos de historia personal o familiar de ideación y/o conductas suicidas.
✓	En niños menores de 12 años se recomienda inicialmente la terapia cognitivo-conductual o familiar. Si existe imposibilidad de aplicación o mala evolución, se recomienda añadir tratamiento farmacológico (fluoxetina).
✓	Antes de iniciar un tratamiento antidepresivo farmacológico, se recomienda informar del motivo de la prescripción, de los beneficios que se esperan alcanzar, del posible retraso del efecto terapéutico, de los efectos secundarios y de la duración del tratamiento.
A	Aunque no se ha demostrado un incremento de suicidios consumados en niños y adolescentes, se recomienda vigilancia de la posible aparición de efectos adversos, especialmente de ideación o conducta suicida, sobre todo en las primeras cuatro semanas del tratamiento farmacológico.
A	Los únicos fármacos antidepresivos recomendables en el tratamiento de la depresión moderada o grave de niños o adolescentes son los ISRS. La fluoxetina es el fármaco con más ensayos que apoyen su uso en estos grupos de edad.
✓	Según el perfil clínico del paciente (características clínicas de la depresión, historia familiar e historia de respuesta previa en familiares), se podría elegir otro ISRS (sertralina, citalopram o escitalopram).
D	Tras la remisión del cuadro depresivo, se recomienda continuar el tratamiento farmacológico con ISRS por lo menos 6 meses (recomendable entre 6 y 12 meses) desde la remisión del cuadro depresivo, con la misma dosis con la que se consiguió dicha remisión.
D	La suspensión de un fármaco antidepresivo se recomienda que se realice de forma gradual. Si los síntomas reaparecen, se ha de instaurar de nuevo el tratamiento farmacológico.
B	La evidencia actual no permite recomendar la utilización de antidepresivos tricíclicos, paroxetina, venlafaxina o mirtazapina en el tratamiento de la depresión mayor de niños y adolescentes.
✓	Deberá considerarse el ingreso hospitalario de niños o adolescentes con depresión mayor: – si existe un elevado riesgo de suicidio – si la depresión es grave y se acompaña de síntomas psicóticos – cuando se asocien comorbilidades graves – cuando existan razones que dificulten un adecuado seguimiento y control ambulatorio.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

5. Tratamiento combinado y estrategias en la depresión resistente

Preguntas para responder:

- ¿Cuál es el papel del tratamiento combinado en la depresión mayor del niño y del adolescente?
- ¿Qué estrategias pueden seguirse en la depresión resistente?
- ¿Cuál es la eficacia y las indicaciones de la terapia electroconvulsiva en la depresión mayor del niño y adolescente?

5.1. Tratamiento combinado de la depresión mayor

5.1.1. El estudio TADS

En 1999, el *National Institute of Mental Health* (NIMH) financió el estudio TADS (*Treatment for Adolescents With Depression Study*), que fue llevado a cabo en 13 centros académicos de los EE.UU. con una muestra de 439 adolescentes entre 12 y 17 años con diagnóstico de depresión mayor (DSM-IV), la mayoría de ellos con una o más comorbilidades[176]. El diseño fue el de un ensayo controlado y aleatorio, con el objetivo principal de evaluar la eficacia a corto y largo plazo (12 y 36 semanas, respectivamente), del tratamiento con fluoxetina, de la terapia cognitivo-conductual o de la combinación de ambos, todos ellos, comparados con placebo[177].

Tras 12 semanas de tratamiento, se observó que la combinación de fluoxetina y TCC produjo una mejoría clínica significativa en el 71% de los pacientes adolescentes con depresión de moderada a grave, mediante valoración de la escala CDRS-R. Para los otros grupos de tratamiento, los porcentajes de respuesta fueron de un 61% para la fluoxetina, de un 43% para la TCC y de un 34% para el grupo placebo[122]. El tratamiento combinado también obtuvo mejores resultados que el resto de tratamientos en la escala CGI-I (*Clinical Global Impressions-Improvement),* K-SADS-P/L (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version)* y en la valoración del estado funcional (según la escala CGAS, *Children's Global Assessment Scale*), la carga global de la enfermedad (según la escala HoNOSCA,

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Health of the Nation Outcome Scales,) y de la calidad de vida (según la PQ-LES-Q, *Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire*)[178].

Al inicio del estudio, entre el 27 y el 29% de los pacientes presentaban, según las escalas CDRS-S y SIQ-Jr, ideación suicida, la cual se redujo en todos los grupos de tratamiento, aunque en el de terapia combinada fue en el único que lo hizo de forma significativa[122]. En el estudio TADS también se observó que el tratamiento combinado resultó ser especialmente eficaz en adolescentes con un grado de depresión moderada y presencia de distorsiones cognitivas depresógenas, mientras que en niveles más altos de gravedad, añadir TCC a la fluoxetina no supone un beneficio significativo en el tratamiento a corto plazo, así como en niveles bajos de distorsión cognitiva[166].

Con los resultados obtenidos a corto plazo por el estudio TADS, sus autores recomendaron, al igual que la guía NICE, utilizar la fluoxetina para los casos de depresión moderada-grave, haciendo especial énfasis en la monitorización de los posibles efectos adversos. También se recomendó una mayor accesibilidad a la TCC, fundamentalmente para aquellos adolescentes con historia personal o familiar de suicidio, debido al posible beneficio que supone añadir TCC a la fluoxetina para prevenir la conducta suicida[179].

A las 36 semanas de tratamiento[123], se observó una convergencia de los resultados, con una mejoría clínica en los tres grupos de tratamiento, si bien, el tratamiento con fluoxetina sola o en combinación con la TCC produjo una mejoría más rápida que la TCC sola. Respecto a la ideación y conducta suicida, disminuyó especialmente con la terapia combinada o la TCC. Los actos con intencionalidad suicida fueron más frecuentes en pacientes que tomaban fluoxetina sola (15%) que en los que realizaron TCC (6%) o terapia combinada (8%), lo que podría indicar que la TCC tiene un efecto protector o que podría incrementar la seguridad del paciente.

En cuanto al mantenimiento de los resultados en el tiempo, el tratamiento combinado fue el que obtuvo mejores resultados a las 12 semanas, mientras que a las 36 semanas, este porcentaje fue similar en todos los grupos, lo que sugeriría la importancia del mantenimiento de los tratamientos en el tiempo.

En resumen, en el estudio TADS se concluye que en adolescentes con depresión moderada a grave, la utilización de fluoxetina sola o en combinación con TCC parece acelerar la respuesta clínica, y el complementar la medicación con la terapia cognitivo-conductual puede aumentar la seguridad del paciente al reducir la intencionalidad suicida. El balance riesgo/beneficio del esquema de tratamiento combinado parece ser superior a la monoterapia, bien con fluoxetina bien con TCC.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

5.1.2. El estudio ADAPT

El estudio ADAPT (*Adolescent Depression Antidepressant and Psychotherapy Trial*)[180] es un ensayo multicéntrico aleatorio y controlado llevado a cabo en seis centros de salud mental de Manchester y Cambridge (*Child and Adolescent Mental Health Services,* CAMHS). La muestra fue de 208 adolescentes de entre 11 y 17 años, diagnosticados o con probabilidad de presentar depresión mayor moderada o grave. Los autores excluyeron a todos aquellos que estaban a tratamiento con antidepresivos o que, por sus condiciones clínicas precisaban iniciarlo de forma inmediata.

Antes de ser incluidos en el estudio, a los pacientes se les ofreció, y siempre que no la hubieran tenido ya antes, una breve intervención psicoeducativa. Si no se producía ninguna mejoría, los participantes se aleatorizaron en el grupo de ISRS o de ISRS + TCC durante 12 semanas, seguido de una fase de mantenimiento de 16 semanas. El ISRS utilizado fue la fluoxetina con una dosis inicial de 10 mg/día, que se incrementó a 20 mg/día si era bien tolerada, y, en caso de necesidad, hasta un máximo de 60 mg/día. El tratamiento psicoterapéutico consistió en 12 sesiones de TCC (una por semana), seguidas de sesiones de mantenimiento cada 15 días y una sesión final a las 28 semanas (total de 19 sesiones). Además, todos los participantes recibieron cuidados habituales (monitorización regular de su estado mental, psicoeducación, medidas de apoyo tanto a los adolescentes como a sus familias, técnicas de resolución de problemas, atención a las posibles comorbilidades y coordinación con otros profesionales, como profesores o trabajadores sociales).

La principal medida de resultado fueron los cambios producidos en la escala HoNOSCA para niños y adolescentes, en que ambos grupos mostraron importantes mejorías, aunque sin que se observarsen diferencias entre ellos a las 28 semanas de tratamiento. Tampoco se observaron diferencias entre los grupos a la hora de evaluar los resultados de las variables secundarias CDRS-R, CGAS y MFQ (*Mood and Feelings Questionnaire*) y esta ausencia de diferencias se mantuvo tras ajustar los datos por edad, sexo, gravedad, comorbilidades, calidad y duración del tratamiento psicoterapéutico recibido.

El porcentaje de respuesta obtenido por este estudio a las 12 semanas fue del 40%, algo más baja que la observada en otros estudios, lo que podría ser debido a la exclusión de aquellos pacientes que respondieron a una breve intervención psicoeducativa. A las 28 semanas, la tasa de respuesta fue cercana al 60%.

En el estudio ADAPT se concluye que:

- Una breve intervención psicoeducativa previa de dos semanas de duración podría ser efectiva en una proporción de los adolescentes derivados al servicio especializado de salud mental con depresión mayor moderada-grave.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- Los ISRS, en concreto la fluoxetina, junto a los cuidados estándar habituales, serían el tratamiento de elección en los adolescentes con depresión mayor moderada o grave y que no respondieron a la intervención psicoeducacional inicial.
- Los cuidados estándar más la fluoxetina, asociados o no a la TCC, producen una mejoría clínica consistente en una reducción de los síntomas, ideación o conducta suicida y una mejora también de la función psicosocial.
- La respuesta clínica al tratamiento puede tardar hasta dos semanas en algunos pacientes. Tras siete meses de tratamiento, únicamente uno de cada 10 adolescentes presentaron una respuesta mínima o nula al tratamiento con fluoxetina.
- La terapia combinada de fluoxetina y TCC no se asocia a un incremento de ideación o conducta suicidas.
- No existe evidencia de que la TCC añadida al tratamiento con fluoxetina tenga un efecto de protección sobre la conducta suicida.
- Si se realizan cuidados clínicos estándar, la probabilidad de que el síndrome de desinhibición producido por la fluoxetina incremente las autolesiones o la violencia hacia los demás es insignificante.

5.1.3. Otros estudios

Un estudio llevado a cabo con 152 adolescentes con depresión mayor, se diseñó con el objetivo de comprobar el efecto de un programa de TCC (5-9 sesiones de TCC individual) añadido a los cuidados habituales en atención primaria. Se comparó un grupo que recibió cuidados habituales y ISRS frente a otro grupo que, además de ésto, recibió TCC. Se realizó un seguimiento de 52 semanas desde el inicio de la intervención, y se encontró una ligera tendencia favorable, aunque no significativa, hacia el grupo que recibió la TCC en el CES-D, siendo los adolescentes con depresión moderada los que más se beneficiaron de la intervención con TCC. No se encontraron diferencias entre los grupos en cuanto a tasas de recuperación en el seguimiento[181].

Melvin *et al.* (2006)[124] realizaron un ensayo aleatorizado y controlado con el fin de evaluar la TCC (12 sesiones de 50 minutos de frecuencia semanal), la sertralina (25 mg/día durante una semana, que se podía incrementar hasta 50 mg/día) y la combinación de ambos tratamientos. La muestra fue de 73 adolescentes entre 12 y 18 años con criterios DSM-IV de depresión mayor leve-moderada, distimia u otros trastornos depresivos no especificados, y se excluyeron aquellos adolescentes con conducta o ideación suicida en el momento del estudio. Tras 12 semanas de tratamiento, los resultados obtenidos

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

por el grupo combinado no difirieron de los obtenidos por el de la TCC o la sertralina sola; la respuesta obtenida con la TCC fue significativamente mejor que la del grupo de la sertralina, aunque habría que tener en cuenta aspectos como la baja dosis del fármaco empleada o el ser pacientes con depresión mayor leve-moderada, por lo que estos resultados a favor de la TCC se deben interpretar con cautela. Teniendo en cuenta las limitaciones de este estudio, tanto la TCC como la sertralina podrían ser recomendadas para el tratamiento de la depresión mayor, al mostrar un porcentaje de respuesta equivalente. Tras el tratamiento a corto plazo, los tres grupos mostraron mejorías en las medidas de resultado, que se mantuvieron seis meses después. La evidencia no apoya la hipótesis de que la terapia combinada fuese superior a los tratamientos realizados de forma independiente (tabla 19).

Tabla 19. Resumen de los resultados obtenidos por los estudios de tratamiento combinado

Estudio	Población	Duración	Tratamiento	Tipo de depresión	Resultados
Clarke *et al.* (2005) (181)	152 adolescentes. 12-18 años	52 semanas	– Tratamiento habitual + ISRS. – TCC (5 sesiones) + tratamiento habitual + ISRS.	DM moderada-grave.	Ligera tendencia favorable hacia el grupo que recibió TCC. No se encontró diferencia entre los grupos en cuanto a recuperación en el seguimiento.
Melvin *et al.* (2006) (124)	73 adolescentes. 12 a 18 años	12 semanas	– TCC (12 sesiones) – Sertralina (25 mg/dia hasta 50 mg/dia) – Tto combinado	DM leve-moderada.	Tto combinado igual resultado que grupo TCC o que grupo de sertralina. Grupo de TCC mejor que grupo de sertralina.
Riggs *et al.* (2007) (182)	126 adolescentes. 13 a 19 años	16 semanas	– Fluoxetina (20 mg/dia) + TCC – Placebo + TCC	DM moderada-grave.	- CDRS: mayor eficacia de fluoxetina + TCC. - CGI: sin cambios.
TADS (2007)(123)	439 adolescentes. 12 a 17 años	36 semanas	– Fluoxetina (20 mg/dia, hasta 40 mg/dia) – TCC (15 sesiones) – Tto combinado	DM moderada-grave.	12 semanas: Tto combinado mejor que fluoxetina, TCC o placebo. 36 semanas: convergencia de resultados entre fluoxetina, TCC y Tto combinado.
ADAPT (2007)(180)	208 adolescentes. 11 a 17 años	28 semanas	– Fluoxetina (20 mg/dia, hasta 60 mg/dia) – Fluoxetina + TCC (12 sesiones)	DM moderada-grave.	Sin diferencias significativas entre grupo de fluoxetina o fluoxetina más TCC.

Fuente: elaboración propia

El objetivo del ensayo llevado a cabo por Riggs *et al.* (2007)[182] fue evaluar el efecto de una dosis de 20 mg diarios de fluoxetina frente al placebo, en 126 adolescentes con depresión mayor (moderada-grave), trastornos por abuso de sustancias y problemas de conducta. Los autores excluyeron los pacientes con

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y se encuentra pendiente de revisión.

alto riesgo de suicidio. Ambos grupos de tratamiento (fluoxetina o placebo) recibieron sesiones semanales de TCC. Antes o después de éstas, una enfermera controlaba la adherencia y la aparición de efectos adversos, siendo las principales variables de resultado, las puntuaciones obtenidas en las escalas CDRS-R y CGI-I. Tras 16 semanas de tratamiento, la fluoxetina + TCC fue significativamente más eficaz que el placebo + TCC en la escala CDRS, pero no en la CGI, en donde los resultados entre ambos grupos fueron similares. En ambos grupos se obtuvo una disminución del consumo de sustancias y de los trastornos de conducta, aunque las diferencias entre ambos no fueron estadísticamente significativas.

5.2. Estrategias en depresión resistente

A pesar de haberse demostrado la eficacia del tratamiento con ISRS, psicoterapia o ambos, en la depresión mayor del niño y del adolescente, al menos un 40% de estos pacientes no muestran una adecuada respuesta y solo una tercera parte muestran una completa remisión clínica[183,184]. No existe una definición consensuada de cuándo la depresión de un niño o adolescente debe considerarse resistente. Siguiendo los criterios de la depresión del adulto podríamos definirla como aquella que no mejora tras dos o más ensayos con fármacos de acción antidepresiva contrastada, administrados en dosis terapéuticas y durante el tiempo adecuado.

Es preciso diferenciar el concepto de depresión resistente de aquellos pacientes que no responden a un primer tratamiento inicial, que serían aquellos que no presentan una mejoría clínica tras un único ensayo de tratamiento, tanto farmacológico como psicoterapéutico. En estos casos se deberán verificar siempre la presencia de los factores expuestos en la tabla 20.

Tabla 20. Principales factores que revisar ante la falta de respuesta terapéutica en la depresión

- Revisión del diagnóstico.
- Empleo de dosis farmacológica terapéutica máxima eficaz durante un período adecuado.
- Revisión de la duración de la psicoterapia y exposición mantenida a factores vitales estresantes.
- Potenciación de la conciencia de enfermedad, motivación al cambio y adherencia al tratamiento.
- Revisión de posible comorbilidad con otras enfermedades médicas o trastornos mentales: ansiedad, distimia, abuso de sustancias adictivas o trastornos de la personalidad.

Fuente: elaboración propia

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Una posible opción terapéutica ante depresiones que no responden a tratamiento sería la derivación del niño/adolescente a un hospital de día psiquiátrico, nivel intermedio entre el tratamiento ambulatorio y el hospitalario. La depresión grave y acompañada de otro tipo de psicopatología (problemas de personalidad, disfunción familiar, desadaptación a la escuela, etc.) sería una de las indicaciones para tratamiento intensivo desde este tipo de centros. Sin embargo hay que tener en cuenta que aunque este recurso asistencial está creciendo significativamente en los últimos años, no está disponible aún en todos los servicios de salud de las comunidades autónomas españolas.

No se dispone de ensayos clínicos realizados en niños o adolescentes con depresión resistente y son muy escasos los estudios que abordan las pautas que se deben seguir ante un cuadro depresivo que no responde a un tratamiento inicial. El único ensayo aleatorizado, controlado y multicéntrico es el estudio TORDIA[185] con el objetivo de evaluar la eficacia del tratamiento farmacológico, psicoterapéutico o la combinación de ambos, en pacientes adolescentes que no responden a un primer tratamiento con un ISRS. En este estudio, se incluyeron 334 adolescentes de entre 12-18 años con depresión mayor moderada-grave a tratamiento con ISRS durante las últimas ocho semanas (al menos en las cuatro últimas deberían haber recibido 40 mg al día de fluoxetina o su equivalente: 40 mg de paroxetina, 40 mg de citalopram, 20 mg de escitalopram o 150 mg de sertralina). Se excluyeron aquellos participantes con dos o más intentos previos de tratamiento con ISRS, historial de no respuesta a la venlafaxina o a la TCC. Fueron excluidos aquellos participantes que estaban recibiendo en ese momento TCC, pero no aquellos que estaban o habían estado con otras modalidades de psicoterapia individual.

Los participantes fueron aleatorizados a uno de los cuatro tratamientos, con una duración de 12 semanas: 1) cambio a un segundo ISRS; 2) cambio a venlafaxina; 3) cambio a un segundo ISRS + TCC; 4) cambio a venlafaxina + TCC. Las dosis de los ISRS fueron: una dosis inicial de 10 mg al día durante la primera semana y 20 mg/día durante las semanas 2 a 6, con la opción de incrementar hasta 40 mg/día si la mejoría clínica era insuficiente. La dosis de venlafaxina fue de 37,5 la primera semana, incrementándose progresivamente hasta 150 mg en la cuarta semana, con la opción de incrementar hasta 225 mg en la sexta semana. La TCC fue realizada por profesionales expertos, enfatizando en la restructuración cognitiva y la activación del comportamiento, en la regulación de las emociones, las habilidades sociales y la solución de problemas, con sesiones conjuntas de padres-hijos para mejorar el apoyo, disminuir las críticas y aumentar la comunicación y la solución de problemas. Se realizó una sesión semanal de 60-80 minutos durante las 12 semanas, de las que de 3 a 6 fueron sesiones familiares.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Las variables de resultado primarias fueron los cambios en las escalas *Clinical Global Impressions-Improvement* (CGI-I) y *Children's Depression Rating Scale-Revised* (CDRS-R). Para las variables secundarias se utilizaron el *Beck Depression Inventory (BDI)*, el *Suicidal Ideation Questionnaire-Junior High School version* (SIQ-Jr) y el *Children's Global Adjustment Scale (CGAS)*.

La opción de combinar TCC con otro fármaco (ya sea un segundo ISRS o venlafaxina) obtuvo un mayor porcentaje de respuesta que cambiar únicamente a otro fármaco (55% frente a 41%), por lo que fue estadísticamente significativa la diferencia entre ambos grupos. Sin embargo, las tasas de respuesta entre cambiar a un segundo ISRS o a venlafaxina, fueron similares (48% frente a 47%). En ambos casos, no se observaron diferencias en los resultados obtenidos en las escalas CGI-I y CDRS-R, ni tampoco en los cuestionarios BDI y SIQ-Jr.

Hubo diferencias significativas en la respuesta al tratamiento del grupo de la TCC según el lugar donde fuese llevada a cabo, mientras que no se observaron tales diferencias con el tratamiento farmacológico. Se observó un mayor porcentaje de pacientes con hipertensión diastólica, taquicardia y problemas dermatológicos en el grupo tratado con venlafaxina que en el tratado con ISRS. No se observó que el tratamiento combinado mejorase la tasa de ideación y conducta suicida, en comparación con la medicación sola.

Conviene tener en cuenta que en este estudio se incluyeron solo adolescentes con depresión mayor que no respondieron a un tratamiento previo con ISRS, y no solo pacientes no respondedores a fluoxetina, sino también a otros ISRS (paroxetina, citalopram, escitalopram o sertralina). Los autores han considerado todos estos fármacos de igual eficacia, cuando se ha observado que la eficacia de la paroxetina no está demostrada y que la obtenida por el citalopram, escitalopram y sertralina es inferior a la de la fluoxetina, por lo que únicamente los pacientes a tratamiento con fluoxetina podrían ser etiquetados de no respondedores.

5.3. Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) consiste en provocar, con finalidad terapéutica, una crisis comicial generalizada a través de una estimulación eléctrica del sistema nervioso central. No es una práctica habitual en niños y adolescentes y su utilización es controvertida en este grupo de edad[58, 115, 186].

No existen estudios de buena calidad metodológica que evalúen la eficacia de la TEC en este grupo de edad[58, 186]. La información procedente de estudios retrospectivos abiertos y de series de casos indican una tasa de mejora

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

entre el 60-80% para la depresión mayor[187], e incluso tasas de respuesta del 100%, aunque esos estudios también incluyeron otras comorbilidades junto con el trastorno depresivo mayor[188].

La guía NICE[58] recoge una serie de parámetros prácticos para el uso de la TEC en adolescentes propuestos por la *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP) del año 2002. Este mismo organismo en una publicación del año 2004[188] indica que antes de que un adolescente sea considerado para TEC debe presentar:

1. Diagnóstico: depresión mayor grave, persistente o manía con o sin síntomas psicóticos, trastorno esquizo-afectivo o menos frecuente, esquizofrenia.

2. Gravedad de los síntomas: los síntomas del paciente deben ser graves, persistentes y significantemente discapacitantes, o que pongan en peligro su vida, como negarse a comer o beber, alto riesgo de suicidio, manía y psicosis graves.

3. Falta de respuesta al tratamiento de al menos dos intentos farmacológicos acompañados por otras modalidades de tratamiento adecuado. La TEC podría ser considerada precozmente en aquellos casos en los que:

   a. Los intentos con la medicación adecuada no fueron posibles debido a la intolerancia por parte de los pacientes al tratamiento farmacológico.
   b. Los adolescentes tienen gran afectación general que les impide tomar la medicación.
   c. La espera de respuesta del tratamiento psicofarmacológico podría poner en peligro la vida del adolescente.

Efectos adversos

Los estudios en niños y adolescentes raramente informaron de efectos adversos[186] y no se encontró ninguno que aportara evidencia en relación al impacto de la TEC sobre el desarrollo cerebral. Los efectos podrían ser los mismos que en adultos, y podría causar amnesia retrógrada y anterógrada. En algunos casos es difícil diferenciar los efectos de la TEC de los síntomas de la propia enfermedad[58]. También puede producirse epilepsia prolongada y existen riesgos asociados a la anestesia general. Otros efectos adversos menos graves pueden ser: dolor de cabeza, nauseas, vómitos, dolor muscular, confusión y agitación, que no suelen persistir más allá del día de tratamiento. En adultos, la tasa de mortalidad asociada a la TEC es de 2,2/ 10 000 y la asociada a la anestesia, del 1,1/ 10 000. Se piensa que en adolescentes no existe

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

una tasa adicional de riesgo de la TEC ni un riesgo incrementado en las complicaciones relacionadas con la anestesia en el período de recuperación inmediato[188]. No obstante, el informe de la NICE sobre la TEC publicado en el año 2003[189] comunica que los riegos pueden verse incrementados en niños y jóvenes, y, por tanto que los médicos deberían tener una precaución particular al considerar este tratamiento en este grupo de edad.

Contraindicaciones

Aunque no existen suficientes datos, la literatura disponible demuestra contraindicaciones similares a las encontradas en adultos. Entre ellas estarían: tumores del sistema nervioso central asociados con hipertensión intracraneal, infección respiratoria grave e infarto de miocardio reciente[188].

Resumen de la evidencia

Tratamiento combinado	
1++	**Estudio TADS** (122, 123, 166, 176-179) – El tratamiento combinado resultó ser especialmente eficaz en la depresión mayor moderada; en la depresión grave la combinación de TCC y fluoxetina no supuso un beneficio significativo frente a la fluoxetina sola en el tratamiento a 12 semanas. – A largo plazo se observó una convergencia de resultados, con importantes porcentajes de mejoría en los tres grupos, si bien, el tratamiento con fluoxetina sola o en combinación con la TCC produjo una mejoría más rápida que la TCC sola. Los pacientes tratados solo con fluoxetina tuvieron el doble de probabilidades de presentar una conducta suicida que aquellos que también realizaban TCC, lo que podría indicar que la TCC tiene un efecto protector o que incrementa la seguridad del paciente. – El tratamiento combinado obtuvo el mejor resultado de mantenimiento en el tiempo. El hecho de que la fluoxetina obtenga mejores resultados que la TCC a corto plazo pero no en la obtención de respuesta sostenida indica la importancia de mantener el tratamiento psicoterapéutico a largo plazo.
1++	**Estudio ADAPT** (180) – El añadir TCC al tratamiento farmacológico no mejora las variables clínicas en adolescentes con depresión mayor moderada o grave, y no se observan diferencias entre ambos grupos de tratamiento en la escala HoNOSCA, CDRS-R, MFQ y CGAS. – Los ISRS, en concreto la fluoxetina, junto a los cuidados estándar habituales, son una opción razonable para el tratamiento de adolescentes con depresión moderada o grave. – La respuesta clínica al tratamiento puede tardar hasta dos semanas en algunos pacientes. Tras siete meses de tratamiento, solo uno de cada 10 adolescentes presentó una respuesta pequeña o nula al tratamiento con fluoxetina. – La terapia combinada de fluoxetina y TCC no se asoció a un incremento de ideación o conducta suicidas y no se encontró que la TCC añadida al tratamiento con fluoxetina tuviese un efecto de protección sobre la conducta suicida. – Si se realizan cuidados clínicos estándar, la probabilidad de que el síndrome de desinhibición producido por la fluoxetina incremente las autolesiones o la violencia hacia los demás, es casi inapreciable.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Estrategias en depresión resistente	
1+	**Estudio TORDIA** (185) – En adolescentes con depresión moderada-grave que no responden a un tratamiento inicial con un ISRS, la combinación de TCC y el cambio a otro antidepresivo presenta una mayor probabilidad de respuesta que únicamente el cambio de antidepresivo. – La eficacia de cambiar a un segundo ISRS fue similar a la de cambiar a venlafaxina, aunque con menor número de efectos adversos.
Terapia electroconvulsiva	
2+	La evidencia de la efectividad de la TEC en la depresión mayor en adolescentes es limitada por la falta de estudios controlados. Estudios de casos sugieren que podría ser efectiva en ciertas situaciones de depresión mayor del adolescente. No existe evidencia en niños preadolescentes (58, 186, 188).
2+	El efecto secundario más frecuente de la TEC es la pérdida de memoria; no se conocen los efectos que pueda tener sobre el cerebro en desarrollo (58, 186, 188).
2+	La TEC es una intervención reservada únicamente para pacientes con sintomatología grave y persistente que no hayan respondido a otro tipo de tratamiento o en los que exista una situación de amenaza grave para su vida (58, 188).

Recomendaciones

✓	Ante un paciente que no mejora tras la instauración de un tratamiento, se recomienda revisar el diagnóstico y verificar el cumplimiento terapéutico. Cuando el tratamiento sea de tipo farmacológico, se debe confirmar que se está dando el fármaco en el tiempo y dosis adecuadas.
✓	Cuando el paciente no mejore tras una terapia psicológica, se ha de verificar que se haya administrado el tiempo y el número de sesiones adecuados.
B	En aquellos pacientes con depresión mayor moderada que no respondan a una terapia psicológica específica, se recomienda combinar terapia cognitivo-conductual con tratamiento farmacológico del grupo ISRS.
✓	Si se produce respuesta al tratamiento, este deberá continuarse por lo menos seis meses (recomendable entre 6 y 12 meses) tras la remisión del cuadro depresivo.
B	En adolescentes con depresión moderada-grave que no respondan a un tratamiento inicial con ISRS, se recomienda combinar terapia cognitivo conductual y cambiar a otro antidepresivo del grupo ISRS.
C	La terapia electroconvulsiva estaría indicada en adolescentes con depresión mayor grave y persistente, con síntomas graves que pongan en peligro su vida o que no respondan a otros tratamientos.
C	La terapia electroconvulsiva debería ser utilizada en adolescentes de forma excepcional, por un profesional experimentado (psiquiatra infantojuvenil), tras una evaluación física y psiquiátrica y en un entorno hospitalario.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

6. Otras intervenciones terapéuticas

Preguntas para responder:

- ¿Son efectivas las técnicas de autoayuda y otros tratamientos alternativos en la depresión del niño y del adolescente?
- ¿Es efectivo el ejercicio físico en la reducción de los síntomas de los niños y adolescentes con depresión mayor?
- ¿Son efectivas las intervenciones en el ámbito familiar, social y del entorno?

6.1. Técnicas de autoayuda

La autoayuda tiene como objetivo dotar a los pacientes de conocimientos y habilidades que faciliten la superación o el manejo de sus problemas de salud, con participación mínima por parte del terapeuta[190]. Incluye el uso de material escrito (biblioterapia, folletos informativos), programas informáticos, material grabado en audio/vídeo o páginas web que ayuden a modificar las actitudes y comportamientos y consigan solucionar o mejorar los problemas. El material de autoayuda escrito para la depresión en la infancia y en la adolescencia es escaso[191].

La autoayuda guiada es una modalidad más completa, que utiliza el material de autoayuda, pero añade una orientación mínima por parte de un profesional, que monitoriza el progreso, aclara los procedimientos, responde las preguntas generales y presta apoyo o estímulo en el seguimiento de las recomendaciones de autoayuda[190]. La guía NICE[58] incluye un pequeño ensayo sobre autoayuda guiada que pone de manifiesto que esta terapia al compararla con un grupo control en lista de espera (durante 4 semanas) puede mejorar los síntomas depresivos.

6.1.1. Biblioterapia y utilización de material de autoayuda

Jorm *et al.*[192] realizaron una revisión sistemática en la que se evaluó la eficacia de diferentes técnicas de autoayuda y de otras intervenciones en la depresión del niño o adolescente. Los autores excluyeron todos aquellos estudios de baja calidad, como las series de casos y las opiniones de expertos. En lo referente a la biblioterapia, únicamente incluyeron un estudio de pequeño

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

tamaño muestral realizado en adolescentes con depresión y en el que se observó que la biblioterapia reducía los pensamientos disfuncionales, pero no los pensamientos automáticos[193].

Ahmead y Bower[194] realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis con el objetivo de determinar la eficacia de diferentes técnicas de autoayuda en el tratamiento de diferentes rangos de gravedad de depresión y ansiedad en jóvenes de 12 a 25 años. Incluyeron 6 ECA y 8 estudios cuasi experimentales de baja calidad metodológica. Los materiales de autoayuda consistieron en programas informáticos (cuatro estudios), biblioterapia (ocho estudios) o grabaciones de audio o video (dos estudios). No se observaron cambios significativos en la autoestima de los pacientes, en la cognición social (autoeficacia y locus de control), ni en los síntomas emocionales.

6.1.2. Otras técnicas o intervenciones

En este apartado se incluyen:

- Relajación y técnicas de distracción, que aunque pueden ser empleados de forma independiente, son componentes frecuentes de tratamientos que han demostrado su eficacia, como la TCC.
- Técnicas complementarias o alternativas, como el masaje, la musicoterapia o la utilización de ciertas dietas o nutrientes. En muchos casos, estas técnicas no están plenamente respaldadas por los sistemas sanitarios o no están incluidas en sus carteras de servicios.
- Participación en organizaciones de voluntarios, formación de grupos de apoyo de iguales, redes sociales y soporte familiar.

Se resumen a continuación los principales resultados de la revisión sistemática de Jorm *et al.*[192]:

- **Relajación**: en dos ensayos aleatorizados se evaluó la eficacia de la relajación en adolescentes con depresión. En el primero[195], y en comparación con el masaje, la relajación tuvo efectos sobre la ansiedad, pero no sobre la depresión. En el segundo ensayo[126], la relajación se comparó con la TCC, y obtuvo un peor resultado que ésta. En dos estudios no aleatorizados se observaron menores puntuaciones en depresión tanto en los pacientes de los grupos de entrenamiento en relajación, de reestructuración o del grupo control. Tanto la relajación como el ver un vídeo relajante produjeron mejoría en la ansiedad, pero no en la depresión[196, 197].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- **Técnicas de distracción**: en un único estudio[198] se midieron los síntomas depresivos autoinformados en 75 pacientes con depresión, en 26 pacientes psiquiátricos sin depresión y en 33 controles sanos. Los tres grupos fueron expuestos a rumiación inducida o a técnicas de distracción, y se observó una mayor sintomatología depresiva tras la rumiación que tras las técnicas de distracción.
- **Masaje**: en tres ensayos de pequeño tamaño muestral[195,199,200] se observó que el masaje reducía la sintomatología depresiva a corto plazo y producía efectos en la asimetría de las ondas del EEG (marcador de la vulnerabilidad para la depresión).
- **Arteterapia**: en un único estudio no se observaron diferencias entre esta técnica y las actividades recreativas informales en un grupo de 39 pacientes ingresados por conducta suicida[201].
- **Musicoterapia**: un ensayo aleatorizado de pequeño tamaño muestral[202], en el que se comparó la musicoterapia con la terapia cognitivo-conductual, observó una mayor reducción de síntomas de depresión entre los participantes asignados a la musicoterapia, si bien la calidad metodológica del estudio impide asegurar la eficacia del tratamiento.
- **Ácidos grasos omega-3**: se incluyó un único ensayo que incluyó 28 niños de 6-12 años con depresión que se distribuyeron aleatoriamente para recibir ácidos grasos omega-3 o placebo[203]. De los 20 pacientes analizados, 7 de 10 niños que recibieron ácidos grasos omega-3 presentaron una disminución en la escala CDRS mayor del 50%, mientras que ningún niño del grupo placebo presentó mejoría. Aunque la aportación de ácidos grasos omega-3 parece mejorar la sintomatología depresiva, la calidad metodológica del estudio impide asegurar la eficacia del tratamiento.
- **Terapia lumínica**: un estudio en el que se comparó la terapia lumínica con la relajación en 9 pacientes con depresión invernal y depresión no estacional, únicamente se observó mejoría en el grupo de depresión invernal[204]. En otro estudio se compararon 28 pacientes que recibieron terapia lumínica o placebo, y se observó mejoría en la sintomatología informada por los padres, pero no en la autoinformada[205].

Por último, en una revisión sistemática, realizada por Morgan y Jorm[206], se abordaron diferentes tratamientos alternativos y técnicas de autoayuda para el tratamiento de la depresión (borraja, carnitina, cromo, ginkgo biloba, ginseng, lavanda, lecitina, azafrán, selenio, hierba de San Juan, vitaminas, cafeína y dieta baja en proteínas y rica en carbohidratos). Al ser realizada sin restricciones de edad, la mayoría de los estudios fueron en adultos, en general con una metodología de baja calidad y sin encontrar cambios significativos respecto al grupo control.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

6.2. Ejercicio físico

Otra forma de autoayuda es la promoción de actividades dirigidas al mantenimiento de una buena salud mediante el ejercicio físico, dieta sana y otras formas de vida saludable, como evitar el tabaco, el alcohol y otras drogas y mantener un patrón de sueño adecuado. Estos aspectos suelen estar alterados por el propio trastorno depresivo, por lo que es importante incidir sobre ellos.

En líneas generales, el ejercicio y la actividad física se asocian con una mayor calidad de vida y con mejores resultados en la salud tanto física como mental[207]. Sin embargo, en niños y adolescentes los estudios son escasos y no siempre concluyentes y además, suelen están realizados en población general o con depresión leve.

En el año 2006, Larún *et al.*[208] realizaron una revisión sistemática con el objetivo de determinar si el ejercicio físico reduce o previene la ansiedad o la depresión en niños y jóvenes. Incluyeron 16 ensayos aleatorizados con un total de 1191 participantes entre 11 y 19 años de edad. Las intervenciones fueron diferentes ejercicios aeróbicos, como caminar, correr, aeróbic o levantamiento de pesas. El período de intervención varió de seis a 40 semanas y el ejercicio se comparó con: ninguna intervención (ningún tratamiento, lista de espera o actividad física regular proporcionada por la escuela o la institución), ejercicio de baja intensidad o intervenciones psicosociales (grupo de discusión o de orientación).

En la población general, los autores observaron una diferencia estadísticamente significativa en puntuaciones de depresión a favor del grupo que realizó ejercicio físico aeróbico o con pesas, aunque los ensayos fueron en general de baja calidad metodológica y sumamente heterogéneos. En niños y adolescentes en tratamiento para la depresión, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Tampoco se hallaron diferencias, ni en la población general ni en niños bajo tratamiento, al comparar el ejercicio físico aeróbico o anaeróbico con el ejercicio de baja intensidad o la relajación, ni tampoco al comparar ejercicio físico en general con las intervenciones psicosociales.

Nabkasorn *et al.* (2006) realizaron un ensayo aleatorizado de diseño cruzado en 49 mujeres jóvenes de 18 a 20 años con depresión leve-moderada. Las participantes fueron aleatorizadas para realizar un régimen de ejercicio físico en grupo (cinco sesiones semanales de 50 minutos de carrera lenta) o bien actividades de la vida diaria durante 8 semanas. Posteriormente realizaron el régimen alternativo durante otras 8 semanas, y se observó una asociación estadísticamente significativa entre la realización de ejercicio físico y un descenso en la puntuación obtenida en una escala de depresión[209].

Han transcurrido más de 5 años desde la búsqueda de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Por último, el estudio realizado por Johnson *et al.* en 1 721 chicas adolescentes de 12 años, no observó ninguna correlación significativa entre síntomas depresivos y actividad física[210].

La evidencia respecto a la eficacia del ejercicio físico es limitada, por lo que la conveniencia de su recomendación como parte de la estrategia terapéutica se valorará de forma individualizada, y siempre que la gravedad del cuadro no dificulte su realización.

6.3. Intervenciones familiares, sociales y del entorno

En la guía NICE se aborda mediante una revisión narrativa, el papel del soporte familiar y de las intervenciones sociales y del entorno en el tratamiento de la depresión del niño y del adolescente[58]. Sus autores consideran que a pesar de que las intervenciones familiares podrían ser estrategias preventivas útiles, existen pocos estudios al respecto y los existentes fueron realizados principalmente en EE.UU., por lo que resulta difícil extrapolar sus resultados a nuestro contexto. A pesar de ello, las limitadas evidencias disponibles sugieren que una intervención preventiva en niños o adolescentes con factores de riesgo psicosociales podría ser beneficiosa.

Los factores sociales y del entorno podrían tener un impacto sobre la salud mental de los niños y jóvenes, incluida la relación con sus grupos de iguales, situación laboral de los padres, cuestiones económicas o del vecindario, acoso por parte de iguales o problemas escolares. Hay estudios que consideran el acoso escolar como un factor predisponente y posible causa de la depresión en niños y adolescentes, y que señalan la eficacia de algunas intervenciones escolares contra el acoso. Sin embargo, las evidencias sobre una relación directa entre esos factores y la aparición de depresión son escasas.

Resumen de la evidencia

1-	La evidencia sobre la eficacia de las técnicas de autoayuda y de tratamientos alternativos en la depresión mayor en niños y adolescentes es muy limitada al existir pocos estudios de calidad metodológica (192).
1-	La realización de ejercicio parece reducir las puntuaciones de depresión en la población general de niños y adolescentes, aunque la heterogeneidad de los participantes, de las intervenciones empleadas y los distintos métodos de medición, limitan la posibilidad de establecer conclusiones (208).
2+/3	La limitada evidencia disponible sugiere un efecto beneficioso de las intervenciones preventivas en el ámbito familiar, social y del entorno (58).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones

✓	Se recomienda que todos los profesionales sanitarios involucrados en el manejo de la depresión del niño o el adolescente dispongan de una adecuada formación que les permita aconsejar sobre todas aquellas formas de autoayuda potencialmente útiles para los pacientes, sus padres o cuidadores.
✓	La recomendación de intervenciones de autoayuda deberían formar parte de una estrategia integral de tratamiento.
D[GPC]	Se recomienda ofrecer información sobre las ventajas de la realización de ejercicio físico de forma regular a aquellos niños o jóvenes con depresión, siempre que la gravedad de esta no dificulte su realización.
✓	Se recomienda proporcionar también información sobre los beneficios de una nutrición equilibrada y el mantenimiento de un patrón de sueño adecuado.
✓	En la evaluación del niño o adolescente con depresión mayor se debería tener en cuenta el contexto familiar y social. También se debería valorar la calidad de las relaciones interpersonales del paciente, tanto con sus familiares como con sus amigos e iguales.
✓	Se recomienda preguntar siempre al paciente y a sus familiares sobre consumo de alcohol y de otras drogas, y sobre la existencia de antecedentes de acoso escolar, abusos o conductas autolesivas.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

7. El suicidio en la infancia y en la adolescencia

Preguntas para responder:

- ¿Cuáles son los factores de riesgo de suicidio en la infancia y en la adolescencia?
- ¿Cuáles son los aspectos fundamentales del tratamiento de la ideación y de la conducta suicidas?
- ¿Qué intervenciones son eficaces para la prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes con depresión mayor?

7.1. Suicidio: conceptualización

La OMS define el suicidio como "un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados" y el parasuicidio, como "un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se auto-lesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico"[211].

Para operativizar los conceptos y la terminología acerca del suicidio, es frecuente realizar una distinción entre[212]:

- **conducta suicida**: espectro de conductas con fatal desenlace o no, que incluyen tentativa de suicidio o suicidio.
- **ideación suicida**: pensamientos que pueden variar desde ideas como que la vida no merece la pena, hasta planes bien estructurados sobre cómo morir o intensas preocupaciones autolesivas.

También se ha propuesto que la conducta suicida podría considerarse un *continuum* que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida y planificación, hasta los conductuales, como el intento de suicidio o suicidio[212-216].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Un aspecto clave de la conducta suicida es su intencionalidad, por lo que algunas definiciones que suelen emplearse para concretar el tipo de conducta suicida hacen referencia a la intención de la conducta:

- **suicidio frustrado**: existiendo una verdadera intencionalidad autolítica, algunas circunstancias no previstas por el sujeto impiden la consumación del suicidio[217].

- **conducta autolesivas**: lesiones autoinflingidas que producen un daño corporal manifiesto sin llegar a comprometer la vida del paciente[217]. Este comportamiento autolesivo consiste en infligirse el daño corporal sin intencionalidad suicida.

- **amenaza de suicidio**: se utiliza para definir aquellas expresiones manifiestas que indican a otros la intención de llevar a cabo un suicidio. Pueden ir acompañadas de acciones para iniciar el suicidio[218].

Un término que también se emplea con frecuencia es el de contagio, que se utiliza para definir aquellos suicidios que ocurren en breve espacio de tiempo en un sector determinado, generalmente en una comunidad o escuela[212].

7.2. Epidemiología del suicidio

El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un serio problema de salud pública[219]. A pesar de ello, la mayoría de los estudios epidemiológicos no abordan la adolescencia de forma independiente y existe cierto solapamiento de edades en cuanto a los grupos establecidos. Además, en la infancia el suicidio es un hecho excepcional por lo que algunos estudios no contabilizan a los menores de 15 años por el escaso número de casos[220, 221]. Según las estimaciones de la OMS (tabla 21), a nivel mundial uno de los datos más preocupantes es el aumento en las tasas de suicidio que se está produciendo entre los jóvenes (15-24 años), que se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad. La mayoría de los estudios nacionales e internacionales han puesto de manifiesto este incremento en edades jóvenes, sobre todo en varones.

España se sitúa entre los países con las tasas de suicidio más bajas de Europa[36, 222] (tablas 21 y 22), aunque una característica de nuestro país es la existencia de una evolución ascendente global (tabla 23), mientras que en la mayoría de los países se está produciendo un descenso o una estabilización de las tasas[220].

En un estudio comparativo de la evolución del suicidio se observó que los países de la antigua Unión Soviética y Finlandia presentan las tasas de

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

suicidio más elevadas del mundo, mientras que Grecia presenta las tasas de suicidio más bajas[223].

Tabla 21. Tasas de suicidio (x 100 000 habitantes) según edad, sexo y año más reciente disponible

			5-14			15-24		
Región	**País**	**Año**	**Total**	**Varón**	**Mujer**	**Total**	**Varón**	**Mujer**
África	Mauritania	2004	0,0	0,0	0,0	8,2	11,2	5,2
	Zimbabue	1990	0,5	0,5	0,5	12,5	13	12,1
América del Norte	Canadá	2002	0,9	0,9	0,9	11,5	17,5	5,2
	EE.UU.	2002	0,6	0,9	0,3	9,9	16,5	2,9
América del Sur	Argentina	2003	0,9	1,1	0,7	12,4	19,2	5,5
	Cuba	2004	0,5	0,6	0,3	5,4	7,7	3,1
Europa	España	2004	0,3	0,5	0,1	4,3	6,4	2,1
	Finlandia	2004	0,8	1,2	0,3	21,7	33,1	9,7
	Francia	2003	0,4	0,7	0,2	8,1	12,5	3,7
	Grecia	2004	0,2	0,4	0,0	1,7	3,0	0,3
	Italia	2002	0,2	0,2	0,2	4,1	6,5	1,5
	Lituania	2004	1,6	2,7	0,5	25,5	42,9	7,4
	Suecia	2002	0,6	0,7	0,5	9,7	14,6	4,5
	Reino Unido	2004	0,1	0,1	0,1	5,2	8,0	2,3
Región Mediterráneo oriental	Irán	1991	0,0	0,0	0,0	0,3	0,4	0,2
	Kuwait	2002	0,0	0,0	0,0	0,6	1,2	0,0
Región Pacífico occidental	China	2004	0,6	0,5	0,8	12,2	15,4	9,0
	Japón	2004	0,4	0,4	0,4	12,8	16,9	8,4
Sudeste asiático	Sri Lanka	1991	2,5	3	2	50,5	59	42
	Tailandia	2002	0,6	0,6	0,5	8,9	13,8	3,8

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la OMS[36]

Tabla 22. Número de suicidios por edad y sexo en España. Años 2005 y 2006

	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	2005	**2006**	**2005**	**2006**	**2005**	**2006**
Todas las edades	3 399	3 234	2 570	2 504	829	730
< de 15 años	7	5	4	2	3	3
15-19 años	66	50	52	34	14	13

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)[222]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 23. **Número de defunciones por suicidio, tasas específicas (x 100 000 habitantes) y PCA* según sexo y edad en España (período 1986-2001). Grupo de edad: 15-24 años**

	Varón	Mujer
Defunciones (n)	3 861	899
Tasas específicas	7,44	1,81
PCA	0,18 (-0,5 a 0,88)	-0,62 (-2,04 a 0,81)

*PCA: porcentaje de cambio; IC del 95%.
Fuente: elaboración propia a partir de Arán Barés et al [220]

Una de las características más notables en la epidemiología del suicidio en el siglo XX es su elevación en los varones jóvenes de los países industrializados. Así, la evolución temporal del suicidio en Inglaterra y Gales muestra un aumento de las tasas de suicidio, sobre todo en el período 1970-1990. Sin embargo, tras este aumento se observó un descenso año a año de las tasas, sobre todo en el grupo de edad de 15 a 24 años. En mujeres, las tasas se mantuvieron estables a lo largo del tiempo y en el s. XXI son las más bajas de todo el período analizado. Estas fluctuaciones se han relacionado con variaciones en factores de riesgo, y en concreto, los cambios favorables, con una mejor política sanitaria y con los aumentos de los niveles de empleo[224].

En cuanto a intentos de suicidio, existen problemas en la recogida de datos, por lo que la estimación de las cifras reales resulta difícil[223]. Los intentos de suicidio son más comunes en el sexo femenino (aproximadamente 1,6:1). Se estima que cada año aproximadamente 2 millones de adolescentes se intentan suicidar en EE.UU. y apenas 700 000 reciben atención médica por este motivo[218]. En España existen pocos datos sobre los intentos de suicidio y su relación con el suicidio consumado. En un estudio reciente en el que se compararon diferentes variables en adolescentes y adultos, se encontró que los intentos de suicidio en adolescentes se realizan de forma más impulsiva, dependen de la disponibilidad de los métodos y con frecuencia no hay psicopatología grave asociada ni deseo de muerte o certeza de esta[225].

7.3. Factores de riesgo

Se han analizado variables de muy diferente naturaleza como factores de riesgo implicados en la vulnerabilidad para el desarrollo de ideación y conductas suicidas y, aunque se desconoce el peso de cada uno por separado y las interacciones que puedan establecer entre sí, hay cierto consenso sobre los que a continuación se relacionan (tabla 24).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

7.3.1 Factores individuales

Depresión:

Se ha asociado frecuentemente a la conducta e ideación suicida[212]. Así, en niñas, la presencia de depresión mayor es el factor de riesgo más importante, seguido del intento de suicidio previo, mientras que en niños, es el intento de suicidio previo, seguido de depresión, abuso de sustancias y trastornos de conducta[218].

La presencia de sintomatología depresiva aumenta el riesgo en ambos sexos[66, 214], y se observa que los trastornos depresivos están presentes en el 49%-64% de los adolescentes que se suicidan y que es la patología más prevalente[215]. En una revisión sobre el tema, se habla de que la depresión mayor incrementa el riesgo de suicidio hasta 12 veces, especialmente si la desesperanza es uno de los síntomas[66].

En un estudio realizado en España con escolares de 8 a 12 años, se puso de manifiesto que tanto la ideación como la intencionalidad suicida están asociadas a una mayor sintomatología depresiva[226].

Otros trastornos mentales:

Cerca del 60% de niños y del 90% de los adolescentes con conducta suicida, presentan al menos un trastorno mental en el momento del intento o suicidio consumado[215]. Los que más se han relacionado son los trastornos afectivos, aunque también el abuso de sustancias y la conducta antisocial. Es frecuente encontrar varios trastornos comórbidos[214] y cuanto mayor es el número de estos, más aumenta el riesgo de suicidio[212].

La tentativa de suicidio se ha relacionado con los trastornos de alimentación en mujeres adolescentes (sobre todo en las de mayor edad), con los trastornos de conducta en los hombres y con el abuso de tóxicos en ambos sexos[66].

Otros autores han asociado la conducta suicida con la esquizofrenia[227, 228], con el trastorno bipolar[215], con trastornos de la personalidad (eje II)[229] y con ciertos rasgos de esta (autoestima, impulsividad, ira y agresividad)[212].

Los hallazgos sugieren que el diagnóstico psiquiátrico en el momento de la tentativa y la historia psiquiátrica son los factores más importantes para determinar el riesgo suicida[212]. También se ha relacionado el contacto con el servicio de salud mental previo[229].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Factores psicológicos:

Algunas variables como la rigidez cognitiva[212, 215, 229], el déficit de habilidades de resolución de problemas y estar más centrado en el presente que orientado al futuro, se han relacionado con intento de suicidio[228].

En una revisión sistemática se encontró que los adolescentes con conducta suicida previa en comparación con controles sanos o pacientes psiquiátricos, presentan un mayor déficit de habilidades de resolución de problemas, aunque estas diferencias desaparecen al controlar variables como la depresión y la desesperanza[230].

La desesperanza es también un factor de riesgo relacionado tradicionalmente con la conducta suicida y se emplea frecuentemente en la práctica clínica por su utilidad y fácil detección. Sin embargo algunos autores han propuesto que la desesperanza de por sí, sin existencia de depresión, no predice una tentativa[215].

También se han identificado el neuroticismo, la tendencia a atribuir a factores externos el control de su propia vida y la impulsividad como factores de riesgo en adolescentes[215, 229].

Con respecto al apego, algunos patrones de apego problemáticos, caracterizados por ansiedad de separación excesiva, se relacionan con ideación suicida[215].

Intento de suicidio previo:

La mayoría de los estudios consideran que es uno de los factores de riesgo más importantes, fundamentalmente, y como se ha mencionado anteriormente, en varones[215]. Algunos estudios ponen de manifiesto que aproximadamente el 50% de los adolescentes que llevan a cabo un intento de suicidio serio han cometido al menos un intento previo[229].

Edad:

Antes de la pubertad, tanto el suicidio como la tentativa son excepcionales, posiblemente debido a la inmadurez cognitiva que dificulta la ideación del plan y su ejecución y a que algunos niños pueden no apreciar el suicidio como un hecho irreversible. Sin embargo, aumentan en la adolescencia asociados a la presencia de comorbilidad[66, 215, 221, 229], especialmente trastornos del estado de ánimo y abuso de tóxicos[215].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Sexo:

Existen patrones de suicidio en cuanto al sexo[66, 215, 221, 229], pero no son iguales en todos los países. En general el suicidio es más común en varones, pero las mujeres realizan más intentos de suicidio. En España el sexo se ha considerado un factor diferencial, puesto que las tasas de suicidio llegan a ser hasta tres veces más altas en varones que en mujeres en todos los grupos de edad[220].

Factores genéticos y biológicos:

La disminución de ácido homovalínico (precursor de la dopamina) en el líquido cefalorraquídeo[215, 218, 229], cambios en el metabolismo de la serotonina[214, 215, 227, 229, 231, 232] y la presencia de polimorfismos en el gen de la triptófano hidroxilasa[215] se han relacionado con la conducta suicida. Por su parte, los marcadores GRIK2 y GRIA3, localizados en genes que codifican los receptores ionotrópicos del glutamato, se han asociado con la ideación suicida. Esto es consistente con la evidencia que existe sobre el efecto de los antidepresivos en la señalización del glutamato[231].

7.3.2. Factores familiares y contextuales

Psicopatología de los progenitores:

La historia familiar de suicidio, la psicopatología y el abuso de tóxicos de los padres se ha asociado frecuentemente a conducta suicida[66, 212, 229, 233].

Estructura o funcionamiento familiar:

Vivir apartado de los dos padres se ha asociado con incremento de la prevalencia del fenómeno suicida; sin embargo, no se encontró asociación con la muerte de uno o ambos padres[214]. Algunos estudios han sugerido que las mujeres son menos reactivas a factores estresantes familiares que los varones[229] y también se han relacionado bajos niveles de comunicación padres-hijos con ideación y conducta suicida[66, 215].

Acontecimientos vitales estresantes:

Se han relacionado con ideación y conducta suicida[66, 212, 215, 229, 233]. Los adolescentes con patología psiquiátrica pueden percibir ciertas situaciones como más estresantes de lo normal y a su vez, la presencia de sucesos estresantes puede ser el resultado de una conducta desadaptativa[215].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

Factores sociales y nivel educativo:

Se ha encontrado una asociación entre bajo estatus socioeconómico y bajo nivel educativo con conducta suicida[212, 229]. El rendimiento académico bajo ha sido asociado a ideación suicida y el tener una actitud negativa acerca de la escuela y la actividad escolar, con un incremento de la prevalencia del fenómeno suicida[214].

Exposición:

La exposición a casos de suicidio cercanos (efecto de "contagio") o a determinado tipo de información en los medios de comunicación sobre suicidios, también se ha asociado al suicidio[66, 212, 214, 233].

Red social:

Se ha encontrado asociación entre las relaciones pobres o deficitarias con el grupo de iguales y la ideación suicida; también se ha encontrado asociación entre problemas en la relación con los iguales e intentos de suicidio, pero no con los grados de apoyo del grupo de iguales[214]. También se ha visto que la presencia de dificultades sentimentales es un factor de riesgo en mujeres adolescentes, sobre todo en las de menor edad[215].

7.3.3. Otros factores

Maltrato físico o abuso sexual:

Los niños sometidos a situaciones de abuso físico y sexual tienen alta incidencia de conducta suicida[66, 214, 229]. Se ha relacionado con el abuso físico y sexual, este último más en varones que en mujeres, con diferencias del 52% en varones y 2% en mujeres. El abuso sexual está relacionado con trastornos psicopatológicos y no está claro si la alta prevalencia de conducta suicida se debe al abuso en sí o a la patología[215].

Orientación sexual:

Se ha asociado a ideación y conducta suicida[212, 214, 218, 229], pero no existe evidencia científica al respecto, fundamentalmente por la intervención de otras variables[214, 218].

Acoso por parte de iguales (bullying):

Se ha relacionado con conducta suicida y también con altos niveles de estrés e ideación suicida[215, 218, 227].

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 24. Principales factores de riesgo de suicidio

– Depresión mayor.
– Presencia de otros trastornos comórbidos.
– Intento de suicidio previo.
– Edad adolescente.
– Sexo masculino.
– Factores psicológicos (desesperanza, rigidez cognitiva,...).
– Factores genéticos y biológicos.
– Antecedentes psiquiátricos y suicidio en la familia.
– Sucesos vitales estresantes.
– Exposición (casos cercanos o medios de comunicación).
– Dificultades con el grupo de iguales y pareja.
– Maltrato físico y abuso sexual.
– Acoso por parte de iguales o bullying.

Fuente: elaboración propia.

7.4. Factores precipitantes

Se ha visto que determinados factores pueden actuar como precipitantes de la conducta suicida:

- Los acontecimientos vitales estresantes, a menudo preceden a un suicidio y/o intento suicidio. Es poco frecuente que sean causa suficiente en el suicidio, de modo que su importancia radica en que actuarían como precipitante en jóvenes con vulnerabilidad por su condición psiquiátrica[212, 215, 218, 232].
- Crisis con los padres[232].
- Factores psicológicos/personales[232].
- Conflictos familiares[215].
- Problemas con el grupo de pares o iguales[215].
- Dificultades escolares[215].

De todas formas, estos factores precipitantes podrían cambiar con la edad; así, en niños preadolescentes las malas relaciones familiares son un factor precipitante común, y en adolescentes los conflictos con el grupo de iguales[215].

7.5. Factores protectores

El volumen de estudios que se han centrado en los factores protectores en la infancia o adolescencia es bajo, si se compara con los múltiples estudios

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

sobre factores de riesgo[229]. Algunos factores protectores que se han propuesto son:

- Cohesión familiar y con el grupo de iguales[66, 212, 215, 229].
- Habilidades de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento[66, 212].
- Actitudes y valores positivos, en particular frente al suicidio[66, 212].
- Sexo femenino[66].
- Creencias religiosas [66, 215].
- Habilidad para estructurar razones para vivir[66].
- Nivel educativo[215].
- Locus de control interno[229].
- Autoestima[229].
- Inteligencia[229].
- Sistemas de apoyo y recursos: apoyo social, estar en una terapia, experiencia escolar positiva y tener aficiones[229].

7.6. Aspectos del tratamiento

7.6.1. Evaluación

Una vez que el niño o adolescente ha contactado con el sistema sanitario, bien a través de un servicio de urgencias o de la propia atención primaria, es necesario realizar una valoración psiquiátrica y psicosocial in situ[234].

Para valorar un intento de suicidio, es importante tener en cuenta aspectos como el método utilizado y su gravedad médica (no siempre es un predictor fiable en niños y adolescentes, dado que pueden realizar un juicio erróneo de la letalidad potencial de su conducta), grado de planificación de la conducta suicida y la accesibilidad a métodos (armas de fuego, sustancias tóxicas...)[218]. También es importante diferenciar entre las autolesiones que se producen de forma impulsiva, de aquellas de alta letalidad y planificación, así como la existencia o no de arrepentimiento posterior.

Sobre la ideación suicida es necesario indagar acerca de aspectos como el momento de inicio y evolución, el esfuerzo realizado para no ser descubierto, la formulación de planes específicos, la motivación o intencionalidad de la conducta (llamada de atención, búsqueda de un cambio en las relaciones personales, percepción de estar viviendo una situación intolerable...) y sentimiento de desesperanza[218].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Es necesario obtener información de los padres u otras personas que conozcan al niño o adolescente, puesto que la validez de las entrevistas dependerá del nivel de desarrollo cognitivo y del tipo o grado de gravedad de distrés psicológico. Es frecuente encontrar disparidad entre los datos obtenidos de los pacientes y de sus padres; normalmente los niños y adolescentes informan mejor de su ideación o conducta suicida que sus padres[234].

Es también importante evaluar otros factores subyacentes que pueden indicar un mayor riesgo y orientarnos acerca de aquellos aspectos que pudiesen requerir una intervención[218]:

– Diagnóstico de enfermedad mental.
– Factores sociales y función cognitiva.
– Presencia de historia familiar de psicopatología.
– Historia de maltrato físico y abuso sexual.
– Abuso de tóxicos.
– Presencia de un acontecimiento vital estresante.

Por último, y de cara a tomar una decisión clínica, es importante tener en cuenta factores de riesgo como el sexo (mayor riesgo en varones), la edad (mayor riesgo en adolescentes de mayor edad), si vive solo y la existencia de ideación delirante[234].

7.6.2. Valoración del riesgo suicida

En general, los instrumentos psicométricos que evalúan el riesgo suicida, podrían ser útiles para los profesionales que tienen contacto cotidiano con los niños y adolescentes. Normalmente este tipo de cuestionarios se centran en recabar información sobre los factores de riesgo más importantes, como son el intento de suicidio previo o la presencia de depresión mayor, por lo que podrían ayudarnos en la decisión sobre cuándo remitir al paciente a atención especializada. A pesar de que los test autoaplicados pueden ayudar, nunca pueden sustituir a la entrevista clínica, ya que por sí solos carecen de valor predictivo[218].

En la práctica clínica, existen ciertos impedimentos a la hora de utilizar este tipo de métodos:

- Resultan costosos porque, en algunos casos, deben ser aplicados por personal especializado.
- En ocasiones, su adaptación y validación en castellano no ha sido realizada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- Requieren un tiempo y formación del que algunas veces no se dispone.

Cuestionario de Riesgo de Suicidio

Un cuestionario de riesgo suicida que ha sido recientemente validado (con niños y adolescentes mejicanos) es el *Risk of Suicide Questionaire* (RSQ). Este cuestionario fue desarrollado por Horowitz en 2001[235] para detectar la conducta suicida en niños y adolescentes por parte de personal no especializado. Su versión original en inglés demostró ser un instrumento con alta sensibilidad y especificidad. En su versión en castellano se encontró una moderada consistencia interna y una correlación moderada-alta con constructos que se vinculan con el riesgo suicida, como la desesperanza, por lo que el RSQ podría resultar una herramienta útil. Consta de 14 preguntas tipo Lickert de 7 puntos (a mayor puntuación, mayor riesgo suicida) y existe una versión breve con tan solo cuatro ítems, que son aquellos que tienen relación con la conducta suicida actual, ideación suicida pasada, conducta autodestructiva pasada y factores estresantes actuales[236].

Escala de desesperanza de Beck

La escala de desesperanza de Beck[237] es un instrumento diseñado para medir el grado de desesperanza, como un esquema cognitivo de expectativas negativas hacia el futuro inmediato y a largo plazo. Ha sido utilizado como indicador indirecto de los intentos de suicidio en adolescentes y ha resultado ser un instrumento válido, con alta consistencia interna y estabilidad temporal. Esta escala es de autoaplicación, consta de 20 preguntas de verdadero o falso y ha sido adaptada y validada en castellano[238].

Escala de Intencionalidad Suicida

Beck diseñó la *Suicidal Intent Scale (SIS*) en 1974 como escala para medir la intencionalidad suicida, pero no ha sido muy estudiada para niños y adolescentes. En España esta escala ha sido aplicada a jóvenes de entre 15 y 24 años tras una tentativa de suicidio. En este estudio se observó que los adolescentes con un trastorno afectivo con ánimo deprimido en el momento de realizar el intento de suicidio mostraron una intencionalidad suicida mayor que aquellos con otro tipo de trastorno[239].

Existe otra escala diseñada por el mismo grupo en 1979 para medir ideación suicida, la *Scale for Suicide Ideation* (SSI)[240], pero existe evidencia limitada de su uso en adolescentes[218].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Inventario de Depresión de Beck

También podría resultar útil el Inventario de Depresión de Beck (BDI) por abordar la sintomatología depresiva, ya que es un instrumento que ha demostrado ser fiable y válido para su utilización tanto en clínica como en investigación. El BDI es una escala de autoaplicación que se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. La versión original de 1961 consta de 21 ítems y la versión abreviada de 13 ítems[241] y posteriormente se publicaron dos revisiones, la BDI-IA en 1979 y la BDI-II en 1996[242]. Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975[243]. Este cuestionario a pesar de contar con un solo ítem (ítem 9) que mide la presencia de ideación y conducta suicida, en un ECA de psicoterapia fue el mejor predictor clínico de aparición de pensamientos o actos suicidas durante el ensayo[244].

7.6.3. Criterios de hospitalización

Los niños y adolescentes con ideación suicida aguda o que han llevado a cabo un intento de suicidio son frecuentemente evaluados y tratados en un primer momento en el servicio de urgencias[218].

Para determinar cuándo es necesaria la hospitalización es importante realizar una evaluación del paciente en su contexto y los sistemas de apoyo disponibles. Se considera que la hospitalización es necesaria cuando el paciente presenta varios factores de riesgo y cuando el apoyo en la comunidad es limitado[234].

Algunos de estos factores que podrían orientar acerca de la necesidad de hospitalización en jóvenes con conducta suicida son[227,234]:

- Agitación, manía o agresividad.
- Intoxicación.
- Difícil manejo ambulatorio.
- Trastorno psicótico agudo o ideación delirante.
- Depresión psicótica.
- Trastorno bipolar con irritabilidad e impulsividad.
- Consideraciones médico-legales.
- Historia familiar de suicidio.
- Sexo masculino (por presentar más riesgo).
- Historia de intentos de suicidio previos.
- Abuso de tóxicos.
- Dificultades familiares (supervisión o cuidados inadecuados).

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

7.6.4. Seguimiento ambulatorio del paciente

Antes de dar el alta al paciente, es conveniente realizar una evaluación de la gravedad de la ideación y/o el intento de suicidio e informar a la familia acerca del posible efecto desinhibidor de las drogas y el alcohol, que deberán tener especial precaución con las sustancias tóxicas (acceso a la medicación) o armas de fuego al alcance del niño o adolescente. Se recomendará que siempre haya en casa una persona (acompañamiento) y se explicará la importancia de realizar un seguimiento del paciente[218].

Una vez que el paciente es dado de alta en el servicio de urgencias, es importante realizar un seguimiento por parte de los profesionales de atención primaria y por un profesional de salud mental infantojuvenil en el plazo de 7 a 10 días[234]. Además, debido a que el estado de salud mental e ideación suicida pueden fluctuar considerablemente en cortos períodos de tiempo, es recomendable que se reevalúe regularmente, sobre todo si sus circunstancias cambian.

7.6.5. Psicoterapia

Las terapias más empleadas en este ámbito son la terapia cognitivo-conductual y sus variantes, como la terapia dialéctico-conductual (TDC). Otras terapias como la interpersonal, la terapia familiar y grupal, también se utilizan, pero existen menos estudios que hayan analizado su eficacia. La TDC es una variante de la TCC que fue diseñada para intervenciones en trastornos de la personalidad pero que ha sido adaptada para poder ser utilizada con adolescentes con ideación o conducta suicida[234].

En una reciente revisión sistemática[213], se analizaron estudios que emplearon TCC o tratamientos compuestos por métodos cognitivo-conductuales para reducir o prevenir la conducta suicida. La TCC parece efectiva con población adulta, pero no con adolescentes; la conclusión que se ofrece en el estudio es que la conducta suicida cuando la muestra es principalmente adolescente es más difícil de tratar. Los autores señalan que es necesario tener en cuenta la escasez de los estudios incluidos con adolescentes y la heterogeneidad de los estudios incluidos.

En otra revisión sistemática[245] se incluyeron estudios sobre intervenciones psicosociales tras una autolesión y su impacto sobre el suicidio. Las terapias empleadas en la intervención psicosocial fueron TCC, TDC y TIP. La mayoría de los estudios incluidos en esta revisión emplean básicamente intervenciones grupales. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la reducción de autolesiones repetidas, pero esto no necesariamente se traduce en una disminución del suicidio.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

En 2008 se ha publicado un ECA[246] realizado en adolescentes y adultos jóvenes con antecedentes de conducta autolesiva reciente. El grupo de intervención recibió una intervención breve basada en una TCC especialmente para prevención de autolesiones, asociada al tratamiento habitual. El grupo control recibió únicamente tratamiento habitual, consistente en farmacoterapia, psicoterapia diferente de la TCC y hospitalización si fuese necesaria. No se registró el tipo específico de psicoterapia o el psicofármaco empleado en el grupo control. La medida de resultado primaria fue el número de autolesiones en los últimos tres meses, y se observó que la TCC empleada adicionalmente a los cuidados habituales fue más eficaz en la reducción de autolesiones e ideación suicida.

La efectividad de la TIP, aunque también de otras psicoterapias, depende de la capacidad del niño o adolescente para establecer una alianza terapéutica[218, 245], puesto que de ella depende que el paciente informe de manera exhaustiva acerca de su ideación suicida.

En cuanto a la terapia de apoyo y a la terapia familiar sistémica, existe evidencia de que en comparación con la TCC, la terapia que obtuvo peores resultados fue la terapia de apoyo, por lo que no debería utilizarse como único tratamiento en adolescentes con depresión e ideación suicida[234].

7.6.6. Tratamiento farmacológico

Los estudios farmacológicos en este ámbito se han centrado en el tratamiento de la depresión adolescente.

Normalmente los ECA de fármacos realizados en niños y adolescentes no consideran el suicidio como una variable de resultado. Lo más habitual es que se valore la conducta suicida de forma retrospectiva, una vez que se ha producido. Este hecho, en ocasiones, dificulta la asociación entre las variables que podrían estar directamente relacionadas con la ideación o conducta suicidas[247].

Desde que en la década de los noventa se empezó a relacionar la ideación y conducta suicidas con la utilización de antidepresivos de nueva generación, se ha suscitado una polémica sobre este posible efecto. En España, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) adopta las conclusiones de la Agencia Europea del Medicamento (EMEA) e informa del balance beneficio/riesgo favorable para el uso de fluoxetina en la depresión infanto-juvenil[248].

Para la AEMPS, el uso de la fluoxetina en la depresión mayor del niño o adolescente deberá plantearse bajo las siguientes condiciones[248]:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

– En depresión moderada a grave.

– En adolescentes y niños de 8 años o más.

– Si la depresión no responde a terapia psicológica después de 4-6 sesiones.

– En combinación con terapia psicológica.

– A una dosis inicial de 10 mg/día, la cual puede incrementarse a 20 mg/día tras 1-2 semanas de tratamiento.

– Vigilando el comportamiento suicida estrechamente, especialmente durante el inicio del tratamiento.

– Considerando que si no se obtiene beneficio clínico al cabo de 9 semanas se debe reevaluar el tratamiento.

Asimismo, las autoridades establecen que el laboratorio titular de la autorización de comercialización deberá llevar a cabo estudios adicionales para garantizar que la seguridad de la fluoxetina en este grupo de población se mantiene aceptable.

Los estudios realizados hasta ahora no permiten extraer conclusiones definitivas acerca del uso de otros ISRS y de otros antidepresivos en la población infantil y adolescente. Es necesario interpretar con cautela los resultados publicados y considerar el efecto del sesgo de publicación respecto al material no publicado[249].

El litio y la clozapina son eficaces en adultos para la reducción de conducta suicida en trastorno bipolar y esquizofrenia respectivamente, pero en niños y adolescentes no han sido estudiados[234]. Los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminooxidasa y la venlafaxina no han demostrado ser eficaces en niños y adolescentes[247].

El riesgo de suicidio debe ser vigilado y valorado en todos los casos, pero sobre todo en las primeras semanas después del inicio del tratamiento con el antidepresivo, debido al efecto desinhibidor de la conducta, sin que se haya producido aún la mejoría del estado de ánimo. Para conocer la influencia de los antidepresivos sobre fenómenos como el suicidio (de aparición rara), deberían realizarse estudios específicos y con metodología adecuada[249].

7.6.7. Otros tratamientos

La terapia electroconvulsiva no se utiliza con frecuencia en niños y adolescentes, debido a su naturaleza invasiva. Sin embargo, en casos de depresión grave donde la conducta suicida es persistente y se necesita rapidez en la eficacia, la TEC ha sido utilizada con buenos resultados[234].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

7.7. Prevención del suicidio

Actualmente, la prevención del suicidio en Europa es una prioridad y así ha quedado patente en una asamblea del Consejo de Europa que se ha celebrado recientemente. En esta asamblea se han establecido unas directrices para los estados miembros, con la finalidad de facilitar la detección de adolescentes con alto riesgo y orientar la prevención. Entre otras cosas, se propone un acercamiento multidisciplinar, donde el sistema sanitario debe interactuar con otros ámbitos como el educativo, los medios de comunicación o el sistema jurídico. También se plantea la necesidad de promover la investigación científica y formar a los profesionales de la salud en la identificación de adolescentes de alto riesgo. Algunos ejemplos de estrategias de prevención del suicidio que proponen son la *Alliance Against Depression* en Alemania; en Finlandia y Canadá se está incluyendo en los programas de prevención un método que denominan autopsia psicológica para objetivar los factores que subyacen a la conducta suicida[219].

7.7.1. Intervenciones en el ámbito escolar

El objetivo central de los programas de prevención del suicidio en este ámbito, es optimizar el funcionamiento de los estudiantes y mejorar su calidad de vida[234]. En respuesta al problema del aumento de las tasas de suicidio en adolescentes en EE.UU. se han llevado a cabo en los últimos 20 años diferentes programas de prevención, sobre todo en el ámbito escolar. Sin embargo, pocos programas han sido evaluados científicamente y algunos de ellos han mostrado tener un impacto limitado[250].

Programas de prevención basados en el currículo

Pueden ser programas de prevención universal o programas de prevención indicados.

Los programas universales se integran en el currículo, pero existen pocos estudios publicados sobre su eficacia. Un ejemplo de este tipo de programas es el SOS (*Signs of Suicide*), que ha obtenido una reducción de intentos de suicidio informados en un ECA. Este programa se basa en aumentar el conocimiento de los adolescentes sobre el suicidio y en realizar un cribado de depresión y otros factores de riesgo como el consumo de alcohol[250].

Los indicados, se orientan solo a alumnos de alto riesgo (para ello había que identificarlos antes) y se integran de forma regular en el currículo. Existen ejemplos como el *Personal Growth Class* (PGC) que ha sido llevado a cabo en EE.UU. con buenos resultados, aunque los propios autores

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

apuntan la necesidad de más estudios para saber si este tipo de programas debería introducirse en las escuelas[233].

Programas basados en entrenamiento de habilidades

En el ámbito escolar han obtenido buenos resultados. Existe alguna evidencia de que estos programas podrían reducir la conducta suicida y mejorar las actitudes, emociones y estrategias de afrontamiento. Las intervenciones que combinan el entrenamiento de habilidades con educación sobre el suicidio han mostrado ser más eficaces, aunque el efecto específico sobre la conducta suicida es difícil de cuantificar[234].

A pesar de que existe mucha variabilidad entre los diferentes programas estudiados[212], un elemento común en los programas que se han implementado de forma exitosa es su naturaleza holística o global (se centran en aspectos físicos, psíquicos, sociales y emocionales). También se han señalado otros aspectos importantes, como entrenamiento de los profesionales que lleven a cabo la intervención, apoyo adecuado, tiempo y recursos[234].

Cribado

El cribado sobre depresión, ideación suicida y conducta suicida previa es un buen método para reconocer adolescentes de alto riesgo, con un buen coste/efectividad. Uno de los problemas que plantea la realización de este cribado son los falsos positivos, que requerirían una segunda evaluación para reconocer el riesgo real.

Para algunos autores, el cribado en el ámbito escolar sería la mejor forma de prevención. En ocasiones se ha encontrado cierto rechazo por parte del personal en las escuelas, puesto que el cribado suele percibirse como una técnica más invasiva que otros programas de prevención, como los incluidos en el currículo[234]. Algunas aproximaciones a este tema recomiendan realizar este cribado en centros educativos a adolescentes de entre 15-19 años (en EE.UU. las tasas se incrementaron un 27% en este grupo de edad), por ser el grupo de edad de mayor riesgo, y se debe indagar también sobre el consumo de sustancias o alcohol[218].

Intervenciones tras un suicidio (postvention)

Están encaminadas a reducir el sentimiento de culpa y a reducir la morbilidad y mortalidad en sus allegados. A pesar de que no existen muchos estudios sobre la efectividad de este tipo de programas, la mayoría de los expertos están de acuerdo en que es necesaria la intervención tras un suicidio para proporcionar apoyo y orientar a los allegados de la víctima[229].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su contenido no ha sido revisado.

Estas intervenciones también pueden llevarse a cabo tras un intento de suicidio serio, puesto que también puede tener consecuencias en otros estudiantes[251]. Suelen ir dirigidas a amigos, profesores y familiares, y se desarrollan con la finalidad de minimizar los casos de suicidio o intentos por aprendizaje vicario[234].

Estos programas son muy importantes, debido a que el hecho de tener un familiar, compañero o amigo que se haya suicidado incrementa la probabilidad de padecer depresión mayor, trastorno por ansiedad, ideación suicida y trastorno por estrés postraumático en el período de 6 meses tras el suicidio[218]. Normalmente son de corte psicoeducativo y están basados en el *counseling*[212, 218]. Pueden realizarse sesiones individuales, con otros adolescentes o incluir a los padres.

Sobre la duración de la intervención, se sabe que es importante que comience de forma inmediata y se realice un seguimiento a largo plazo (algunos autores han encontrado que, tras tres años desde el suceso, es frecuente que algunos adolescentes presenten depresión mayor y trastorno por estrés postraumático)[218].

7.7.2. Diagnóstico precoz

Actualmente está ampliamente reconocido que la identificación oportuna del riesgo suicida puede y debe ser una de las medidas más importantes para su prevención.

El profesional de atención primaria debe indagar sobre factores contextuales, individuales y acontecimientos vitales estresantes que puedan suponer un distrés psicológico[229]. Para ello es muy importante la formación de todos los clínicos que trabajan con niños y adolescentes, no solo a los de salud mental, sobre cómo reconocer y referir a un paciente que presente riesgo de conducta suicida, puesto que este diagnóstico precoz tiene un gran impacto sobre el suicidio[218].

Sin embargo, es frecuente que el riesgo suicida no se detecte, en especial en población infantil y adolescente[236]. Existe el problema de que muchos profesionales de primaria perciben que no están lo suficientemente formados en el reconocimiento y tratamiento de niños o adolescentes con conducta suicida (en Canadá un 84% de los médicos de primaria reconocieron pensar que necesitarían un entrenamiento adicional)[234].

Un estudio realizado en Suecia puso de manifiesto que el entrenamiento de profesionales de atención primaria en la identificación de trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes, se relaciona con una disminución

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

del número de intentos y de suicidios, un incremento de la prescripción de antidepresivos, así como del número de hospitalizaciones[218].

La OMS publicó en el programa SUPRE *(Suicide Prevention)* algunas recomendaciones para los profesionales de atención primaria sobre cómo indagar sobre los diferentes aspectos de la ideación y conducta suicida (tabla 25)[252]. A pesar de que estas recomendaciones no son específicas para niños y adolescentes, pueden orientar acerca de cómo obtener información cuando el profesional de primaria sospecha la posibilidad de conducta suicida.

En líneas generales, para obtener esta información se deben obtener datos acerca de ideación suicida, planes suicidas y apoyo con el que cuenta el niño o adolescente. Es importante preguntar a la propia persona acerca de sus sentimientos e intenciones suicidas, porque en contra de lo que se suele pensar, preguntar acerca del suicidio no supone inducirlo.

Tabla 25. Recomendaciones de la OMS sobre cómo, cuándo y qué preguntar

CÓMO PREGUNTAR: No es fácil preguntar sobre ideación suicida, se recomienda hacerlo de forma gradual. Algunas preguntas que pueden resultar útiles son: - ¿Te sientes triste? - ¿Sientes que no le importas a nadie? - ¿Sientes que no merece la pena vivir? - ¿Piensas en el suicidio?
CÚANDO PREGUNTAR: - Cuando la persona tiene sentimiento de empatía con el profesional. - Cuando la persona se siente cómoda al hablar de sus sentimientos. - En el momento que la persona hable acerca de sentimientos de desesperanza o tristeza.
QUÉ PREGUNTAR: - Para descubrir la existencia de un plan suicida: ¿alguna vez has realizado planes para acabar con tu vida?; ¿tienes alguna idea de cómo lo harías? - Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿tienes pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar? - Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado una meta: ¿has decidido cuándo vas a llevar a cabo tu plan de acabar con tu vida?, ¿cuándo lo vas a hacer?

Fuente: OMS[252]

7.7.3. Prevención en pacientes con trastornos mentales

La intervención en niños o adolescentes con patologías mentales puede disminuir el riesgo de conducta suicida. Para ello sería necesario realizar un diagnóstico que determinase las estrategias de intervención adecuadas, tener especial atención con los trastornos comórbidos, necesidad de revisar de forma regular la sintomatología depresiva, ideación suicida y presencia de

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

algún acontecimiento vital estresante, puesto que el riesgo de suicidio puede variar durante el tratamiento[234].

Algunos autores recomiendan durante cualquier intervención, un seguimiento periódico de la ideación suicida y la desesperanza de cara a prevenir el riesgo suicida[240].

7.7.4. Otras estrategias de prevención: medios de comunicación

Existe evidencia de que algunas formas de cobertura periodística y televisiva del suicidio están asociadas a un aumento de las tasas de suicidio estadísticamente significativo; este impacto parece ser mayor entre los niños y adolescentes. Tratar este tema en los medios de una forma correcta puede ayudar a prevenir la imitación del comportamiento suicida, mientras que una cobertura repetitiva y continua del suicidio tiende a inducir y a promover pensamientos suicidas, particularmente entre los adolescentes[253].

En esta línea, se han desarrollado guías dirigidas a los medios de comunicación que intentan prevenir el contagio (*copycat suicide* o *suicide contagion*). Así, por ejemplo, la OMS elaboró un documento de estas características para el programa SUPRE (tabla 26)[253] y el Ministerio de Salud de Nueva Zelanda publicó otro de características similares[254].

Para la OMS, los medios de comunicación pueden jugar un papel proactivo en la prevención del suicidio publicando las noticias de manera adecuada y ofreciendo la siguiente información[253]:

- Lista de servicios de salud mental y líneas telefónicas de ayuda disponibles con números telefónicos y direcciones actualizados.
- Ofrecer información sobre las señales de advertencia del comportamiento suicida.
- Transmitir mensajes sobre la frecuente asociación entre la depresión y el comportamiento suicida, y que la depresión es una condición tratable.
- Ofrecer un mensaje de solidaridad a los allegados, proporcionando números de teléfono de los grupos de apoyo disponibles. Esto aumenta la probabilidad de que profesionales en salud mental, amigos y familiares intervengan en los programas de prevención destinados a este fin.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 26. Qué hacer y qué evitar al informar sobre suicidio

QUÉ HACER: - Trabajar estrechamente con autoridades de la salud en la presentación de los hechos. - Referirse al suicidio como un hecho logrado, no uno exitoso. - Presentar solo datos relevantes en las páginas interiores. - Resaltar las alternativas al suicidio. - Proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios. - Publicar factores de riesgo y señales de alarma.
QUÉ EVITAR: - No publicar fotografías o notas suicidas. - No informar de detalles específicos del método utilizado. - No aportar razones simplistas. - No glorificar ni sensacionalizar el suicidio. - No emplear estereotipos religiosos o culturales. - No culpabilizar.

Fuente: OMS[253]

La influencia de Internet sobre la conducta suicida es menos conocida que la de otros medios de comunicación. En un estudio reciente[255] se ha puesto de manifiesto cómo la información sobre métodos de suicidio y los chats pueden incidir sobre la conducta suicida, especialmente en gente joven con enfermedad mental. Las estrategias más importantes en este sentido pasan por la regulación de los servicios proveedores de Internet y el uso de filtros de software por parte de los padres. Algunos países ya realizan un control de este tipo de contenido, y, así, en Reino Unido la organización *Internet Watch Foundation*[256] es un ejemplo de control ejercido sobre Internet. En Japón y Corea se ejerce un control activo por parte de los servicios proveedores, y en Australia se ha legislado el tema en el año 2006[255]. Por su parte, el Consejo de Europa recomienda que se controle el contenido que pueda promover el suicidio, ya que, aunque en ocasiones este tipo de información pueda no ser ilegal, es obligación de los estados miembros la protección del niño y adolescente según la Convención Europea de Derechos Humanos[219].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Resumen de la evidencia

3	El suicidio entre los jóvenes de 15 a 24 años es una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad (36).
2++	Los **factores de riesgo** que más se han asociado a la conducta e ideación suicida son: - Depresión mayor (212). - Factores psicológicos (212). - Presencia de trastornos comórbidos psiquiátricos (212). - Factores genéticos y biológicos (212). - Antecedentes psiquiátricos (incluyendo suicidio) en los progenitores (212). - Acontecimientos vitales estresantes (212). - Factores sociales y nivel educativo (212).
2+	- Sexo masculino (221). - Intento previo de suicidio (221). - Factores relacionados con la edad (221). - Maltrato físico o abuso sexual (221). - Desestructuración y disfunción familiar (221).
3	- Dificultades con el grupo iguales y rupturas sentimentales (215). - Acoso por parte de iguales *(bullying)* (215).
2++	Algunos **factores protectores** que se han propuesto son: - Cohesión familiar alta y buena relación con el grupo de iguales (212). - Habilidades de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento (212). - Actitudes y valores positivos(212).
2+	- Inteligencia, autoestima y apoyo social elevados (229). - Creencias religiosas (213, 224). - Sexo femenino (213, 224). - Habilidad de estructurar razones para vivir (213, 224).
3	- Nivel educativo medio-alto (213, 215).
2++	Algunos factores que pueden actuar como **factores precipitantes** de la conducta suicida son: - Acontecimientos vitales estresantes (212).
3	- Conflictos familiares (215). - Problemas con el grupo de iguales (215). - Dificultades escolares (215).
4	- Tener problemas graves con los padres (235). - Factores psicológicos/personales (235).
2++	La exposición a casos de suicidios cercanos o a determinado tipo de información en los medios de comunicación, se ha asociado al suicidio (212).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

3	Una vez que el niño o adolescente ha contactado con el sistema sanitario, bien a través de un servicio de urgencias o de la propia atención primaria, es necesario realizar una valoración psiquiátrica y psicosocial in situ, que recoja la gravedad médica del intento de suicidio, el método utilizado, el grado de planificación de la conducta suicida, la motivación o intencionalidad de la conducta y la presencia de sentimiento de desesperanza (234).
3	Es importante evaluar otros factores subyacentes que pueden indicar un mayor riesgo, para lo que será necesario obtener información de los padres u otras personas que conozcan al niño o adolescente (234).
4	Existen diferentes instrumentos psicométricos que pueden ayudar a valorar el riesgo suicida, como el Cuestionario de Riesgo de Suicidio (RSQ) (236), la Escala de Desesperanza de Beck (EDB) (237) o el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (243), si bien no pueden sustituir a la entrevista clínica, ya que por sí solos carecen de valor predictivo (215).
3	Es importante realizar un seguimiento periódico de los niños y adolescentes con conducta suicida por parte de los profesionales de atención primaria y de salud mental (234).
2++	Existe evidencia limitada de la eficacia de psicoterapias específicas como tratamiento de la ideación y conducta suicida en la adolescencia, aunque las que mejores resultados han obtenido son las que incluyen técnicas cognitivo-conductuales (213, 246).
3	Los estudios farmacológicos que se centran en el tratamiento de la depresión adolescente no consideran el suicidio como una variable de resultado y lo valoran de forma retrospectiva. Este hecho dificulta la asociación de variables relacionadas con el suicidio (29).
3	La terapia electroconvulsiva (TEC) no se utiliza con frecuencia en niños y adolescentes. Sin embargo, en casos de depresión grave donde la conducta suicida es persistente y se necesita rapidez en la eficacia, la TEC ha sido utilizada con buenos resultados (234).
4	La prevención del suicidio es una prioridad, y se ha establecido una serie de directrices a nivel europeo con la finalidad de facilitar la detección de adolescentes con alto riesgo y orientar la prevención (218).
1+	Los principales métodos de prevención son: - Intervenciones en el ámbito escolar (250).
3	- Diagnóstico precoz (234). - Prevención en pacientes con trastornos mentales (234).
4	- Adecuado tratamiento de la información sobre suicidio por parte de los medios de comunicación (253, 254).
4	Las intervenciones tras un suicidio son muy importantes, ya que tener un allegado que se ha suicidado incrementa la probabilidad de padecer depresión mayor, trastorno por ansiedad, ideación suicida y trastorno por estrés postraumático (218).
4	Algunas formas de cobertura periodística y televisiva se asocian a un aumento de las tasas de suicidio (253, 254).
3	La influencia de Internet es menos conocida, pero algunos sitios web con información que promueve el suicidio podrían favorecerlo, sobre todo en adolescentes (255).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y no ha sido revisada.

Recomendaciones

✓	Los profesionales de atención primaria deberían tener una adecuada formación sobre los principales factores de riesgo de conducta e ideación suicida en niños y adolescentes y de la evaluación de su perfil de riesgo.
✓	En pacientes con depresión y/o perfil de riesgo de suicidio se debería preguntar siempre sobre ideas o planes de suicidio, y recoger en la historia clínica todos los aspectos relacionados con el método, la planificación y la intencionalidad.
✓	Tras un intento de suicidio en un niño o adolescente se deberá realizar siempre una inmediata valoración psiquiátrica y psicosocial, de ser posible, por un profesional especialista en estas edades.
✓	Se darán pautas a los padres o cuidadores, sobre el acompañamiento y el control del acceso directo a la medicación por parte de los niños y adolescentes.
D	En la historia clínica se debería recoger la gravedad médica del intento de suicidio, el método utilizado, el grado de planificación de la conducta suicida, la motivación o intencionalidad de la conducta y la presencia de sentimiento de desesperanza.
D	La información provendrá del propio paciente, y se recomienda utilizar, de ser posible, múltiples fuentes, como los padres o cuidadores, profesores y amigos.
D	Si bien los diferentes instrumentos psicométricos existentes, como el Cuestionario de Riesgo de Suicidio, la Escala de Desesperanza de Beck o el Inventario de Depresión de Beck, pueden ayudar a valorar el riesgo suicida, no pueden sustituir a la entrevista clínica, ya que por sí solos carecen de valor predictivo.
D	Se recomienda la hospitalización de todos aquellos niños o adolescentes con un intento de suicidio que presenten varios factores de riesgo y un limitado apoyo familiar y de la comunidad.
D	Tras un intento de suicidio, y si no se ha considerado la hospitalización, se debería realizar una reevaluación en el plazo de 7 a 10 días. Posteriormente se realizará un seguimiento periódico por parte de los profesionales de atención primaria y de salud mental infanto-juvenil.
D	La prevención del suicidio entre los niños y adolescentes debería considerarse una prioridad, y establecerse fundamentalmente medidas que permitan un diagnóstico precoz del riesgo suicida.
D	Deberían establecerse medidas encaminadas a consensuar la cobertura del suicidio por parte de los medios de comunicación y el contenido de las páginas web de Internet.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y ésta no ha sido revisada.

8. Aspectos legales en España

8.1. Consentimiento informado y Ley 41/02

La Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

¿Qué dice la Ley 41/2002 sobre el derecho de información?

En el art. 2 se recogen los principios básicos entre los cuales se encuentran el del consentimiento, que todo paciente o usuario tiene que otorgar previamente a toda actuación en el ámbito de la sanidad, y el de haber sido informado adecuadamente, y por escrito, en los supuestos previstos en la ley. Hay que destacar que los pacientes tienen derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles y a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

Tanto la información proporcionada como el consentimiento serán, por norma general, verbales, y se prestarán por escrito en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

La prestación del consentimiento informado es un derecho del paciente y una obligación del facultativo.

El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento por escrito, la información básica siguiente:

- Las consecuencias relevantes o de importancia de la intervención.
- Los riesgos específicos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- Las contraindicaciones de la actuación o intervención.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un procedimiento docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

En el anexo 6 de la versión completa de la guía figuran dos modelos de consentimiento informado.

¿Quién tiene derecho a la información asistencial?

El titular del derecho a la información es el paciente, que será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando, por razones objetivas, el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

¿Cuándo se otorgará el consentimiento informado por representación o sustitución?

- Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
- Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectualmente ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos.
- Si las decisiones del representante legal fuesen contrarias a los intereses del menor, se deberán poner los hechos en conocimiento de la autoridad competente en virtud de lo dispuesto en la legislación civil.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

¿Cuáles son los límites del consentimiento informado?

- La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso.
- Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

- Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.
- Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

¿Quién da el consentimiento en el caso de padres separados?

En el capítulo primero del Título VII de las relaciones paterno-filiales del Código Civil, se recoge el artículo 156. En este artículo se dice:

"La patria potestad se ejercerá conjuntamente por ambos progenitores o por uno solo con el consentimiento expreso o tácito del otro. Serán válidos los actos que realice uno de ellos conforme al uso social y a las circunstancias, o en situaciones de urgente necesidad". El párrafo segundo dice: "en caso de desacuerdo, cualquiera de los dos podrán acudir al Juez quien, después de oír a ambos y al hijo si tuviera suficiente juicio y, en todo caso, si fuera mayor de 12 años, atribuirá sin ulterior recurso la facultad de decidir

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

al padre o a la madre…" El último párrafo: "si los padres viven separados la patria potestad se ejercerá por aquel con quien el hijo conviva. Sin embargo, el Juez, a solicitud fundada del otro progenitor, podrá, en interés del hijo, atribuir al solicitante la patria potestad para que la ejerza conjuntamente con el otro progenitor o distribuir entre el padre y la madre las funciones inherentes a su ejercicio".

Decisiones en caso de padres separados:

- Decisiones ordinarias que haya que tomar en relación con el menor, será el progenitor que tenga la guarda y custodia quien las tome.
- Decisiones extraordinarias, como pueden ser en relación con la salud del menor, la decisión la tomarán conjuntamente. En caso de desacuerdo, el progenitor que tenga la guarda y custodia del menor, acudirá al juez. En este caso es recomendable que se aporte un informe médico donde se haga constar la necesidad de la aplicación de determinado/s tratamiento/s lo que podrá ayudar a la autoridad judicial a decidir sobre la cuestión.

8.2. Internamiento psiquiátrico de menores

El artículo 211 de la LO 1/1996 de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de Modificación Parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, contenía lo relativo "al internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no estuviese en condiciones de decidirlo por sí". Este artículo ha sido derogado, y los preceptos relativos al procedimiento de internamiento están contenidos en la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil y recogidos en el art. 763. Este artículo es aplicable también a los casos de internamiento, por razones de trastorno psíquico, de menores; pero, en este caso, el art. 763.2 dice que el internamiento se realizará en establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

El internamiento requiere autorización judicial, que será previa a este, salvo que razones de urgencia lo hicieran necesario antes de la autorización, en cuyo caso el responsable del centro, dentro de un plazo de 24 horas, dará cuenta al juzgado competente que tendrá que ratificar la medida en el plazo de 72 horas desde que el internamiento llegue a su conocimiento.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

¿Quién puede pedir un ingreso involuntario?

Sobre quién puede pedir un ingreso involuntario, nada prescribe la ley, y es que cualquier persona puede poner en conocimiento del ministerio fiscal o del juez la existencia de un individuo que por riesgo hacia sí mismo o hacia terceros, precise esta medida. La ley, no obstante, establece dos tipos de grupos de personas obligadas a pedir el ingreso involuntario: los tutores respecto de sus pupilos y los padres respecto de sus hijos sometidos a patria potestad.

Con la solicitud de ingreso involuntario se presenta la documentación médica más reciente de la que se disponga. No es necesario que el médico informante sea especialista en psiquiatría, pero tiene que manifestar la necesidad de la medida.

Resumen de aspectos legales

Se entiende por **consentimiento informado**, la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud.
Se deberá obtener el **consentimiento informado por representación** en los menores de edad, aunque teniendo en cuenta su opinión si tiene 12 o más años. En los **adolescentes con 16 años cumplidos** no será necesario prestar el consentimiento informado por representación, si bien en situaciones graves, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de decisiones.
No será necesario obtener el consentimiento informado: – Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la ley. – Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización.
El **titular del derecho a la información** es el paciente y será informado de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión. Cuando el paciente carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, esta se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica.
El consentimiento será **verbal** por regla general. Sin embargo, se prestará **por escrito** en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y en general, aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
El **internamiento por razón de trastorno psíquico** de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad, requerirá **autorización judicial**. Esta será **previa al internamiento**, salvo que por razones de urgencia se hiciese necesaria la inmediata adopción de la medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al juez y, en todo caso dentro del plazo de 24 horas. El internamiento de menores se realizará en todo caso, en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

Han transcurrido tres años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Decisiones en caso de **padres separados**:

- **Decisiones ordinarias:** progenitor que tenga la guarda y custodia.
- **Decisiones extraordinarias**, como pueden ser en relación con la salud del menor, la decisión la tomarán conjuntamente.

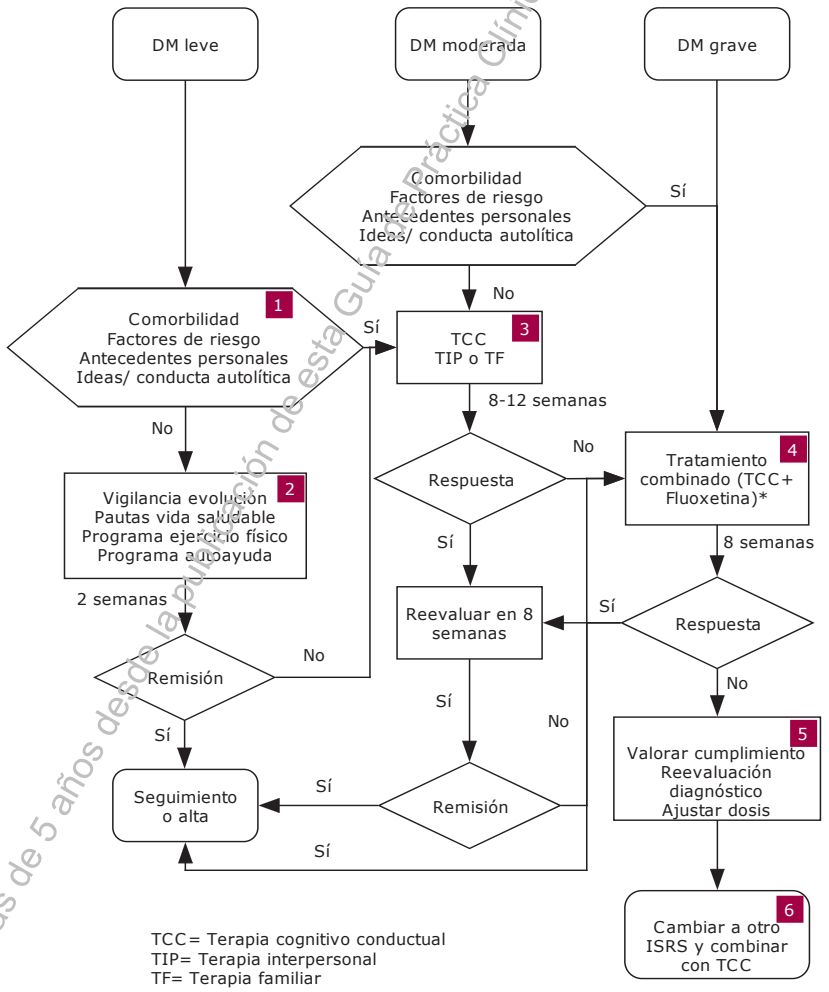
En caso de desacuerdo, el progenitor que tenga la guarda y custodia del menor, acudirá al juez. En este caso es recomendable que se aporte informe médico donde se haga constar la necesidad de la aplicación de determinado/s tratamiento/s lo que podrá ayudar a la autoridad judicial a decidir sobre la cuestión.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9. Estrategias diagnósticas y terapéuticas

Se presenta el algoritmo de manejo de la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia dividido en depresión leve, moderada y grave. En las notas del algoritmo se resumen aquellos aspectos que se han considerado más relevantes.

Algoritmo terapéutico



* Según el perfil clínico del paciente se podría elegir otro ISRS (sertralina, citalopram o escitalopram)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Notas del algoritmo

GENERALES

- El manejo de la depresión debería incluir siempre cuidados clínicos estándar:
  - — Psicoeducación
  - — Apoyo individual y familiar
  - — Técnicas de resolución de problemas
  - — Coordinación con otros profesionales
  - — Atención a otras comorbilidades
  - — Monitorización regular del estado mental
- Valorar ingreso hospitalario en los siguientes casos:
  - — Riesgo elevado de suicidio
  - — Depresión grave acompañada de síntomas psicóticos
  - — Comorbilidad grave
  - — Depresión grave con ausencia de soporte socio-familiar

DEPRESIÓN MAYOR LEVE

- Se ha de valorar la presencia de comorbilidad y factores de riesgo, así como antecedentes personales para una derivación a atención especializada en salud mental:

1. Aspectos a valorar para la derivación a atención especializada en salud mental.

Comorbilidad	**Factores de riesgo y antecedentes personales**
– Ansiedad de separación – Otros trastornos de ansiedad – TDAH – Distimia – Abuso de tóxicos – Trastornos de conducta – Fobia social	– Factores genéticos, antecedentes familiares – Enfermedad mental de los padres – Sexo femenino y edad post-puberal – Antecedentes de síntomas depresivos – Antecedentes o situación de abuso físico emocional o sexual – Afectividad negativa – Pensamientos de tipo rumiativo – Conflictos conyugales parentales – Desestructuración familiar – Acoso o humillación en medio escolar – Consumo de tóxicos
Ideación/conducta autolítica	
– Preguntar siempre sobre posible ideación o conducta autolítica pasada y actual. – En su caso, recoger en la historia clínica todos los aspectos relacionados con el método, planificación e intencionalidad, presencia de sentimiento de desesperanza y gravedad médica del intento.	

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

En caso de ausencia de criterios para la derivación a atención especializada en salud mental, se aconseja vigilar la evolución clínica en atención primaria durante un período de dos semanas:

2. Vigilancia de la evolución en atención primaria

– Ofrecer apoyo activo al niño/adolescente y a sus familias (anexo de información al paciente y familiares).
– Informar sobre los beneficios de una nutrición equilibrada, mantenimiento de un patrón de sueño adecuado y sobre la realización de ejercicio físico de forma regular.
– Otras intervenciones de autoayuda.

DEPRESIÓN MAYOR MODERADA

- Todo niño o adolescente con depresión moderada deberá ser derivado a una unidad de atención especializada en salud mental infantojuvenil.
- En caso de ausencia de comorbilidad, factores de riesgo de depresión, antecedentes personales e ideas/conducta autolítica, se aconseja iniciar el tratamiento con psicoterapia:

3. Tratamiento psicológico

– Realizado por profesionales formados.
– Número de sesiones y duración del tratamiento adecuado: 8 a 12 semanas (sesiones semanales).
– Realización de un seguimiento regular de la evolución clínica del niño o adolescente.
– En niños menores de 12 años se recomienda la TCC o TF, y en mayores de 12 años la TCC, TF o TIP.

- En aquellos pacientes con depresión mayor moderada que no respondan a una terapia psicológica específica, se recomienda combinar TCC con ISRS.
- En la depresión mayor moderada asociada a comorbilidad, factores de riesgo, antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica e ideas o conducta autolítica, se aconseja iniciar tratamiento combinado: TCC más ISRS.

DEPRESIÓN MAYOR GRAVE

- Se aconseja iniciar tratamiento combinado:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

4. Tratamiento combinado

– Dosis de fluoxetina y sesiones de TCC adecuadas.
– Especialmente indicado en aquellos casos de historia personal o familiar de ideación y/o conductas suicidas.
– En casos individualizados podría utilizarse únicamente el tratamiento farmacológico, siempre asociado a cuidados clínicos estándar. Según el perfil clínico del paciente se podría elegir otro ISRS (sertralina, citalopram o escitalopram).
– Informar del motivo de la prescripción, beneficios que se esperan alcanzar, posible retraso del efecto terapéutico, efectos secundarios y duración del tratamiento.
– Vigilar la posible aparición de efectos adversos, especialmente de ideación o conducta suicida, sobre todo en las primeras cuatro semanas del tratamiento farmacológico.

- En caso de ausencia de respuesta terapéutica, valorar los siguientes factores:

5. Factores a valorar ante falta de respuesta terapéutica

– Duración y frecuencia de las sesiones de la psicoterapia.
– Empleo de dosis farmacológica terapéutica máxima eficaz durante un período adecuado.
– Diagnóstico.
– Comorbilidad con otras enfermedades o trastornos mentales: ansiedad, distimia, abuso de sustancias adictivas o trastornos de la personalidad.

- Una vez revisados estos factores, valorar el cambio a otro ISRS en combinación con TCC:

6. Cambiar a otro ISRS y combinar con TCC

– Cambiar a sertralina, citalopram o escitalopram y combinar con TCC.
– Continuar el tratamiento farmacológico por lo menos 6-12 meses desde la remisión, con la misma dosis con la que se consiguió dicha remisión.
– Suspender el antidepresivo de forma gradual. Si reaparecen síntomas, instaurar de nuevo el tratamiento farmacológico.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

10. Anexos

Anexo 1. Criterios de gravedad según CIE-10 y DSM-IV–TR

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo:

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome somático*:

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: adaptado de OMS[46]

*Síndrome somático: ver tabla 4 (página 24).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Criterios especificadores de gravedad/ características psicóticas/ remisión del episodio depresivo mayor actual (o más reciente) (DSM-IV-TR)

Nota: codificar en el quinto dígito. Leve, moderado, grave sin características psicóticas y grave con características psicóticas se pueden aplicar solo si actualmente se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor. En remisión parcial y en remisión completa se pueden aplicar al episodio depresivo mayor más reciente del trastorno depresivo mayor, y a un episodio depresivo mayor del trastorno bipolar I o II, solo si este es el tipo más reciente de episodio de estado de ánimo.
Leve: pocos síntomas, o ninguno, aparte de los requeridos para llegar al diagnóstico, y los síntomas provocan solo deterioro menor del desempeño laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás.
Moderado: síntomas o deterioro funcional entre "leve" y "grave".
Grave sin características psicóticas: varios síntomas aparte de los requeridos para llegar al diagnóstico, y síntomas que interfieren notoriamente con el desempeño laboral, o las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás. **Grave con características psicóticas:** ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si las características psicóticas son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo. a. **Características psicóticas congruentes con el estado de ánimo:** ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es completamente compatible con los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. b. **Características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo:** ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no corresponde a los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Se incluyen síntomas, como ideas delirantes de persecución (no directamente relacionados con temas depresivos), inserción del pensamiento, transmisión del pensamiento e ideas delirantes de control.
En remisión parcial: hay síntomas de un episodio depresivo mayor, pero no se cumplen los criterios completos, o hay un período sin ningún síntoma significativo de episodio depresivo mayor que dura menos de 2 meses tras el final del episodio depresivo mayor. (Si el episodio depresivo mayor se sobreagregó a trastorno distímico, se efectúa el diagnóstico de trastorno distímico solo, una vez que ya no se cumplen los criterios completos de episodio depresivo mayor).
En remisión completa: durante los últimos 2 meses, no hubo signos ni síntomas significativos de la alteración. **Sin otra especificación**.

Fuente: DSM-IV-TR[47]

Han transcurrido más de 5 años desde su publicación impresa. Guía de Práctica Clínica con vigencia no revisada.

Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor recurrente (DSM-IV-TR)

A. Dos o más episodios depresivos mayores. Nota: para ser considerados episodios separados, debe haber un intervalo de, por lo menos 2 meses consecutivos en los que no se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor.
B. Los episodios depresivos mayores no son mejor explicados por trastorno esquizoafectivo, y no se sobreagregan a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, ni trastorno psicótico sin otra especificación.
C. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto, ni un episodio hipomaníaco. Nota: esta exclusión no se aplica si todos los episodios tipo maníaco, tipo mixto o tipo hipomaníaco son inducidos por sustancias o tratamiento, o se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica general.
Si actualmente se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico y/o características actuales: – Leve, moderado, grave sin características psicóticas/grave con características psicóticas – Crónico – Con características catatónicas – Con características melancólicas – Con características atípicas – Con inicio posparto.
Si actualmente no se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o las características del episodio más reciente: – En remisión parcial, en remisión completa – Crónico – Con características catatónicas – Con características melancólicas – Con características atípicas – Con inicio posparto.
Especificar: – Especificadores de evolución longitudinal (con recuperación entre los episodios o sin ella). – Con patrón estacional.

Fuente: DSM-IV-TR[47]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 2. Información para pacientes y familiares

DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Información para el paciente, familiares y personas interesadas

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

CONTENIDO

1.- Introducción
2.- ¿Qué es la depresión?
3.- ¿Qué causa la depresión?
4.- Tipos de depresión
5.- ¿Qué puedo hacer si creo que tengo depresión?
6.- ¿Qué pueden ofrecerme los servicios de salud si tengo depresión?
7.- ¿Cómo se trata la depresión?
8.- ¿Cómo puedo ayudar a alguien con depresión?
9.- Más información

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

El grupo elaborador de la Guía de Práctica Clínica Clínica desea dar las gracias a todas aquellas personas que han colaborado en la elaboración de este material.

Esta información ha sido elaborada a partir del conocimiento basado en la literatura científica disponible en el momento de la publicación.

Ilustraciones de Jose Luis Iglesias Diz.



1.- Introducción

Esta información está destinada a personas que quieren saber qué es la depresión y qué hacer al respecto.

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes. Se estima que afecta al 3,4-5% de los adolescentes en España.

El desconocimiento sobre la depresión en la infancia y adolescencia y la falta de comunicación abierta sobre este tema hace que la gente joven que necesita tratamiento o sus familias no busque ayuda.

Si piensas que tú o alguien que tú conoces tiene depresión, tómalo en serio y busca ayuda.

Este documento te proporciona información y ayuda útil. La guía se centra en la depresión (trastorno depresivo mayor) en niños y adolescentes y comprende la depresión leve, moderada y grave.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

2.- ¿Qué es la depresión?

La depresión es mucho más que estar bajo de ánimo.

Aunque la mayoría de nosotros experimenta tristeza de vez en cuando, en algunas personas estos sentimientos no desaparecen y se acompañan de otros síntomas que provocan malestar o dificultades para desarrollar su vida cotidiana: interfiere en su capacidad de pensar, aprender y desarrollarse social y académicamente. Estas personas pueden tener una enfermedad denominada depresión.

¿Cuáles son los síntomas de la depresión?



Los síntomas de la depresión pueden variar de un niño a otro. Los síntomas fundamentales son:

- Ánimo bajo, sentirse triste la mayor parte del tiempo o tener sentimientos de desesperanza.
- Pérdida de interés en las actividades con las que se disfrutaba, como jugar con sus juguetes favoritos o con sus amigos, querer estar solo y aburrirse.



Otros posibles síntomas que se pueden presentar en el niño o adolescente son:

- Irritabilidad (enfadarse fácilmente).
- Ganas de llorar sin motivo aparente.
- Pérdida de energía o cansancio.
- Problemas de sueño: tener problemas para quedarse dormido por la noche o no querer levantarse por la mañana.
- Aumento o disminución del apetito.
- Dificultad para concentrarse o problemas de memoria, que afecta al rendimiento escolar.
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Pensamientos negativos, excesivas críticas hacia uno mismo.
- Ideas suicidas: querer morirse o irse para siempre.
- Síntomas físicos como dolor de cabeza, palpitaciones cardiacas o molestias



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.



abdominales. A veces estos síntomas son el único motivo de consulta al médico.

- Preocupaciones constantes, lo que les puede producir ansiedad y miedos infundados.

La depresión puede hacer que la tarea más pequeña parezca escalar una montaña. Sin embargo, muchos niños o adolescentes con depresión van a negar encontrarse tristes o ni siquiera van a ser conscientes de la tristeza y esto no significa que no estén deprimidos.



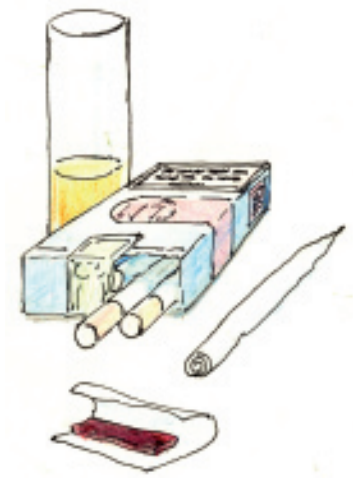
3.- ¿Qué causa la depresión?

Diferentes sucesos pueden actuar como desencadenantes de la depresión. En cambio, a veces, la depresión aparece sin ninguna causa externa aparente. En algunos casos existen familias en las que varios de sus miembros padecen depresión; se considera que en estos casos los factores hereditarios pueden ser importantes.

El cerebro usa mensajeros llamados neurotransmisores que envían señales a diferentes partes de nuestro cuerpo. También sirven para que diferentes partes del cerebro se comuniquen entre sí. La alteración en el funcionamiento de los neurotransmisores influye en el estado de ánimo y es a ese nivel donde actúan los medicamentos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Algunas circunstancias que aumentan el riesgo de depresión son:



- Problemas escolares.
- Depresión en los padres.
- Experiencias de pérdidas o estrés, incluyendo fallecimiento de seres queridos (padres), soledad, cambios en el estilo de vida (cambio de país) o problemas en las relaciones interpersonales (amigos).
- Situaciones conflictivas en el entorno (por ejemplo, centro escolar, familia, trato diferente por la raza).
- Haber sufrido traumas físicos o psicológicos: acoso, abusos, negligencia en el cuidado.
- Enfermedad física grave o problemas crónicos de salud.
- Algunas medicinas (puedes consultarlo con tu médico).
- Abusar del alcohol o consumir otras drogas no solo no ayuda, sino que empeora la depresión.

Tener depresión no es culpa de nadie.

Experiencias positivas tales como una relación cercana con amigos, la familia o compañeros suelen ayudar a prevenir la depresión.

4.- Tipos de depresión

Algunas personas tienen un episodio de depresión mayor solo una vez en la vida. Sin embargo, cerca de la mitad de las personas que han tenido un episodio de depresión, tienen al menos otro más. La duración del episodio depresivo es variable, aunque la mayoría se sienten mejor al transcurrir entre 4 y 6 meses. En algunos casos, los síntomas pueden persistir durante mucho más tiempo.

La gravedad de la depresión varía enormemente.

Algunas personas tienen solamente unos pocos síntomas que afectan a su vida cotidiana de forma parcial o la limitan solo en algún aspecto específico. Esta es la denominada depresión leve. Otras personas pueden tener muchos más síntomas que llegan a impedirles realizar una vida normal; en este caso, la depresión se califica como moderada o grave.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y ya no ha sido revisada.

¿En qué se diferencia la depresión del niño y del adulto?

En el niño o adolescente es más frecuente encontrarle irritable que triste o sin energía. Es más probable que acuda a la consulta por molestias físicas (somatización/alteración del apetito) o disminución del rendimiento escolar. Los padres se quejan de la pérdida de interés en sus juegos y amigos. Son frecuentes las referencias a la expresión facial y postural de sus hijos: los ven "con mala cara", "ojerosos" o con "ojos tristes". En adolescentes la depresión puede coincidir con cambios de carácter y conducta recientes, mayor rebeldía, desobediencia, inicio de consumo de drogas, alcohol, y otras conductas de riesgo.

5.- ¿Qué puedo hacer si pienso que tengo depresión?



Si piensas que puedes estar deprimido, solicita ayuda lo antes posible.

No tienes por qué enfrentarte con la depresión tú solo. Puedes hacer alguna de estas cosas:

- Hablar con alguien de tu confianza sobre tus sentimientos. Por ejemplo, con tus padres, alguien de tu familia, un amigo o profesor.
- Hablar con tu médico u otro profesional sanitario. De esta manera podrás recibir un diagnóstico adecuado, conocer las opciones de tratamiento y participar en la toma de decisiones respecto a él.
- Si tienes pensamientos relacionados con hacerte daño es buena idea hablar con alguien de tu confianza que pueda estar contigo hasta que te sientas mejor. También puedes llamar al teléfono de emergencias (061, 112), buscar ayuda médica en el punto más cercano o solicitar apoyo telefónico específico para pacientes con ideas suicidas (consulta la sección de información adicional).
- Aprender más cosas sobre la depresión, de manera que puedas entender mejor tus síntomas y su significado.

Si hablas con alguien y sientes que no te entiende, busca alguna otra persona con la que puedas hablar.

También puede ser beneficioso que mejores tu

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.



salud general con actividad física diaria y una dieta saludable. Algunas formas de autoayuda se describen en las páginas siguientes. Puede ser muy duro hacer algunos de estos cambios cuando estás deprimido, por lo que puedes recurrir a amigos y a la familia para que te apoyen.

No pienses que solo es cuestión de endurecerte ni recurras al alcohol o a las drogas; esas cosas en vez de ayudarte te hundirán más.

El alcohol y las drogas pueden imitar o causar los síntomas de un trastorno mental. El abuso de tóxicos puede incluso dificultar el diagnóstico y puede ser difícil separar qué problemas están causados por el alcohol o drogas y cuáles por la depresión.

6.- ¿Qué me puede ofrecer el sistema sanitario si tengo depresión?

Información y apoyo

Si tienes depresión, los profesionales sanitarios pueden proporcionarte información y apoyo. Esta información se refiere a la naturaleza, curso y posibilidades de tratamiento, así como información respecto a recursos comunitarios y de autoayuda.



Dado que existen diferentes opciones terapéuticas, conviene que dispongas de información suficiente sobre la enfermedad y el tratamiento

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

propuesto antes de iniciarlo. Es importante que te sientas implicado en cualquier decisión, comunicando tus preferencias al profesional que te atiende para que puedan ser tenidas en cuenta. Los profesionales utilizarán un lenguaje comprensible para ti y, en la medida de lo posible, evitarán los tecnicismos médicos. Si no entiendes algo, es preferible que lo preguntes a que te quedes con la duda.

Confidencialidad

Las entrevistas entre un paciente con depresión y los profesionales sanitarios están reguladas por reglas que protegen la confidencialidad, excepto cuando pongas en peligro tu vida o la de los demás. Es importante que seas sincero y que exista una comunicación fluida entre el profesional de confianza y tú.

Tu médico de atención primaria

Tu médico es probablemente la primera persona en el servicio de salud con la que puedes contactar debido a tu depresión.

Te hará preguntas sobre:

- Cómo te sientes
- Otras enfermedades que puedas tener
- Cómo estás en casa y en el colegio
- Cómo te llevas con tus padres, otros miembros de la familia y compañeros

Además, hablaréis sobre tus sentimientos, pensamientos, conductas, cambios recientes en tu vida o salud física y antecedentes familiares de trastornos mentales.



Te preguntará a ti y a tus padres sobre los problemas con el alcohol y otras drogas, si has sufrido acoso escolar o abusos, si te autolesionas y si tienes pensamientos sobre la muerte.

El profesional sanitario te entrevistará a ti y a tu familia para ofreceros la oportunidad de expresar vuestros sentimientos, pero te dará la posibilidad de hablar en privado y de forma confidencial.

Es importante que seas tan abierto

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

como sea posible sobre las cosas que consideres de interés para comprender lo que te pasa.



Como ya hemos visto, debido a que la depresión tiene diferentes causas y diferentes síntomas, cada persona con depresión recibe un tratamiento personalizado.

Servicios especializados de salud mental

Tu médico puede considerar que necesitas atención por parte de un especialista en salud mental, especialmente si tu depresión es moderada o grave, no responde al tratamiento o en casos de episodios repetidos. Solo muy ocasionalmente, las personas con depresión son hospitalizadas.

¿Puedo elegir mi tratamiento para la depresión?

Sí, normalmente puedes elegir los tratamientos. Pero depende de la edad y si tú comprendes la información que el profesional sanitario te ofrece sobre el tratamiento.

Una vez que te expliquen los tratamientos y cuál es el mejor para ti, puedes decir cuál es el que prefieres.

Puede que se necesite la aprobación de tus padres si eres muy joven o si no comprendes la información sobre los tratamientos.

Algunas veces los profesionales y los padres podrán considerar que necesitas un tratamiento que tú particularmente no deseas.

Los medicamentos no se pueden mezclar con drogas y alcohol. Tomándolos harás que los medicamentos no sean efectivos y que aparezcan nuevos síntomas o surjan efectos adversos e incluso daños serios y muerte.

7.- ¿Cómo se trata la depresión?

Hay varios tratamientos que te pueden ayudar y que han probado su eficacia en la depresión.

Entre ellos, podemos citar:

- Técnicas de autoayuda.
- Terapias psicológicas.
- Terapia farmacológica.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

La depresión leve puede mejorar por sí sola sin tratamiento o con asesoramiento sobre cómo afrontar los problemas. Resultan eficaces la autoayuda y las terapias psicológicas.

Para la depresión moderada-grave, lo más recomendable es combinar una medicación con terapia psicológica.

El tratamiento más adecuado depende de cada caso concreto y de tus preferencias. Lo principal es utilizar un tratamiento que funcione, dándole el tiempo necesario para que eso ocurra.



Es importante que estés en contacto con tu médico, especialmente si el tratamiento utilizado parece que no te ayuda a mejorar. No siempre el primer tratamiento propuesto produce los resultados esperados.

TÉCNICAS DE AUTOAYUDA

Planifica el día

Cuando uno experimenta sentimientos de tristeza o depresión, puede ser realmente difícil ponerse en marcha para hacer cualquier cosa. Sin embargo, cuanto más activo estés, mayor probabilidad habrá de que te sientas mejor.

Los siguientes consejos suelen resultar útiles:

- Puedes hacer un listado con las actividades que te propones hacer cada día (con la ayuda de alguien si es necesario).
- Mantén ese listado a la vista.
- Al principio, no seas muy exigente contigo mismo.
- Es importante hacer una actividad gratificante al menos una vez al día.
- Planifica hacer alguna actividad física cada día.
- Si incumples algún punto de tu plan, salta a la siguiente actividad.
- Si no te apetece hacer nada en absoluto, planifica realizar alguna actividad con otras personas.
- Comprueba cómo varía tu estado de ánimo en función de tus progresos y comparte este hecho con los demás.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Manejo del estrés

- Si los problemas parecen asfixiarte, considera uno de cada vez.
- Disfruta con las pequeñas cosas, consigue tiempo para ti mismo.
- Aprende a reconocer cuándo necesitas parar, todos tenemos un límite.
- No seas demasiado severo contigo mismo.



Actividad física

- Aumenta tu actividad física y consigue aire fresco y luz natural cada día.
- Una rutina regular de ejercicio enérgico es ideal, pero cualquier actividad física es mejor que ninguna.
- Es posible que una actividad dirigida en grupo pueda mejorar el cumplimiento de este objetivo más fácilmente.
- Si tienes dudas sobre el tipo de ejercicio físico más adecuado para ti, consulta con tu médico.

Problemas del sueño



- Mantén una rutina en tus horarios de sueño.
- Realiza algo relajante antes de irte a dormir.
- Evita las siestas o dormir durante el día; pueden agravar el problema.
- Evita o reduce los excitantes (café, bebidas energéticas o con cola, tabaco o alcohol, especialmente desde el atardecer).
- Si no puedes dormir, levántate y vete a otra habitación (puedes ver la televisión o leer) hasta que te sientas somnoliento. Si te quedas en la cama puedes concentrarte en escuchar la radio con la luz apagada y en un volumen muy bajo.
- No te duermas en el sofá.

Abuso de alcohol y otras drogas

- El abuso de alcohol o el consumo de otras drogas pueden hacer que tu depresión empeore y generar otros problemas. No elijas tomar alcohol o drogas para escapar de tus problemas. Pide ayuda.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- Pide ayuda a tus amigos, familia o tu médico para disminuir el consumo o lograr la abstinencia.
- Si lo necesitas, existen dispositivos sanitarios especializados en el tratamiento de estos problemas.

TERAPIAS PSICOLÓGICAS

Los especialistas en salud mental pueden proponerte tratamientos que han sido específicamente diseñados para personas con depresión, como la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal. La investigación ha demostrado que estas terapias resultan efectivas y pueden ayudar a reducir la aparición de nuevos episodios en el futuro (recurrencia).

En la terapia psicológica vas a trabajar con un especialista que te escuchará y ayudará con estrategias para mejorar la depresión, te enseñará a tener pensamientos realistas, cómo resolver problemas, metas que alcanzar y a mejorar las relaciones con los demás.

La terapia cognitivo-conductual se centra en modificar los estilos negativos de pensamiento y conducta que contribuyen a desencadenar y mantener la depresión.

La terapia interpersonal ayuda a las personas con depresión a identificar y manejar problemas específicos en las relaciones con la familia, amigos, compañeros y otras personas.

Estas terapias son proporcionadas por profesionales entrenados en estas técnicas y expertos en su uso, normalmente psicólogos clínicos y/o psiquiatras.

TERAPIA FARMACOLÓGICA



Los principales fármacos utilizados en el tratamiento de la depresión se denominan antidepresivos. Estos medicamentos funcionan incrementando en el cerebro la actividad y los niveles de ciertas sustancias químicas denominadas neurotransmisores, que ayudan a mejorar tu estado de ánimo.

La mayoría de los tratamientos necesitan algún tiempo para obtener resultados

Antes de que una persona comience a tomar antidepresivos, debe tener en cuenta que la medicación necesita cierto tiempo para funcionar

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

(normalmente se necesitan varias semanas para experimentar alguna mejoría y determinar si un fármaco resulta útil).

Por lo tanto, debes seguir tomando la medicación como te han prescrito incluso si al principio tienes dudas sobre sus beneficios.

Recuerda que si estás manteniendo relaciones sexuales, debes usar algún método anticonceptivo. Pregunta a tu médico.

Sobre qué síntomas actúa

Los primeros síntomas que mejoran son los problemas de sueño y de apetito, después el interés en actividades y la capacidad de concentración; el último síntoma en mejorar es la tristeza y el desánimo que puede tardar varias semanas desde el inicio del tratamiento (habitualmente 15 días).

¿Cuáles son sus posibles efectos secundarios?

Tu médico te informará sobre los efectos secundarios que son esperables con la medicación: sequedad de boca, problemas de sueño, cefaleas, visión borrosa, molestias abdominales e inquietud. La mayoría son tolerables por casi todas las personas.

El psiquiatra te verá de forma regular para comprobar que no aparecen otros efectos secundarios más graves.

En algunos casos, tu médico puede aconsejarte modificar la dosis o cambiar el tipo de antidepresivo.

Aunque los antidepresivos no generan adicción, pueden experimentarse ciertos síntomas al retirarlos. Estos síntomas pueden consistir en mareo, náuseas, ansiedad y cefaleas; normalmente resultan de intensidad leve, aunque algunas veces tienen mayor intensidad, sobre todo si la medicación se interrumpe bruscamente.

¿Cuánto tiempo necesitarás tomarlo?

El período de tiempo durante el que se recibe tratamiento con antidepresivos varía de una persona a otra. Normalmente se recomienda mantener la medicación un mínimo de 6 meses con la misma dosis con la que obtuviste mejoría. La retirada se hará de forma gradual.

¿Cuál es el riesgo de no recibir tratamiento?

Algunas depresiones son especialmente graves y no tratarlas de forma adecuada puede tener consecuencias muy importantes como: suicidio, fracaso escolar, problemas en la familia y en las relaciones con los amigos, consumo de alcohol, drogas y otras conductas de riesgo, desórdenes alimentarios.

La depresión no tratada es el mayor factor de riesgo de suicidio.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

¿Me cambiará la medicación?

Puedes pensar que la medicación te va a hacer diferente de los otros chicos de tu edad o cambiará tu forma de ser. Pero esto no es cierto. La medicación te ayudará a ser el mismo que eras antes de la depresión.

Tomar medicamentos no se diferencia de usar gafas o poner ortodoncia, solo es una herramienta para ayudarte.

8.- ¿Cómo puedo ayudar a alguien con depresión?

Puede resultar muy duro ver que un ser querido está deprimido. No sería raro que te sintieses muy agobiado, desorientado o avergonzado por lo que está pasando.

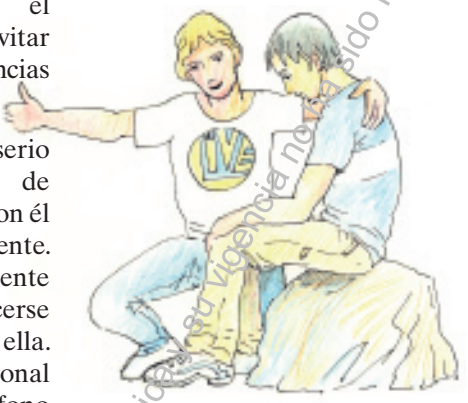


La familia y amigos de personas con depresión han encontrado que resultan de utilidad las siguientes estrategias:

- Aprende sobre la depresión, su tratamiento y lo que puedes hacer para ayudar a su recuperación.
- Considérate a ti mismo como parte del equipo de apoyo y tratamiento.
- No pienses que la persona con depresión no desea mejorar, aunque a veces te lo parezca. Trata de ver los síntomas como lo que son: parte de una enfermedad.
- Ayúdale a reconocer las fuentes de estrés y a encontrar la forma más adecuada para hacerle frente. Quizá sea necesaria tu colaboración en la solución de algunos problemas que preocupan especialmente a tu familiar o amigo.
- Anímale a ser más activo, pero sin forzarlo excesivamente y sin hacerle críticas o reproches, ya que eso puede hacer que las cosas empeoren.
- Ayúdale a llevar una vida sana, a realizar algo de ejercicio físico y a divertirse.
- Dedica parte de tu tiempo a estar con él o ella.
- Elogia cada uno de sus avances, especialmente al principio y por muy pequeños que sean.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- Anímale a mantener el tratamiento prescrito y a evitar el alcohol y otras sustancias tóxicas.
- De entrada, toma en serio cualquier pensamiento de suicidio. No temas hablar con él sobre este tema abiertamente. Si tu familiar se siente inseguro respecto a hacerse daño, permanece con él o ella. Puedes contactar con personal sanitario o utilizar el teléfono del servicio de emergencias (061, 112).



- Si estás al cuidado de alguien con depresión grave es fundamental encontrar tiempo para ti sin sentirte mal o culpable. Convivir con un familiar con depresión puede desgastar, por lo que es importante cuidarse lo más posible y mantenerse bien psicológicamente.

Más información

- **Teléfono de urgencias: 061 o 112.**
- **Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (ofrecen información y apoyo y disponen de algunos recursos psicosociales). www.feafes.com.**
- **Teléfono de la esperanza (tienen teléfono de crisis 24 horas en las principales poblaciones españolas). www.telefonodelaesperanza.org.**
- **www.suicidioprevencion.com**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9.- Información para distribución individual

¿QUÉ ES DEPRESIÓN?

Depresión no es…

Es normal que en algún momento no puedas evitar sentirte triste, eso forma parte de la vida.

Sobre todo cuando algo no va bien como cuando discutes con un amigo, si sacas malas notas o te enfadas con tus padres.



En algún momento de esos días:

- Te puedes sentir triste o irritable.
- Dormirás poco.
- No querrás ver a tus amigos.
- Cambiará tu apetito.

Se te pasará en 1 o 2 semanas, o antes, si mejora la situación que lo provocó.

Estar bajo de ánimo no significa tener depresión.

Depresión es…

Pero imagina que pasan las semanas y no mejoras, te encuentras muy triste y sin interés por nada **todos los días, entonces puedes tener una depresión**. Además, puedes experimentar:

- Cambios de peso y apetito
- Problemas de sueño
- Estás inquieto o lento
- Te sientes sin fuerza o culpable
- Te encuentras cansado o vacío
- No puedes concentrarte en el colegio
- Piensas en la muerte o en el suicidio



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

DEPRESIÓN Y FAMILIA

Tener un hijo con depresión afecta a toda la familia.

Repercusión de la depresión en la familia:

- Se pueden cambiar rutinas o normas y dejar de participar en actividades que les hagan salir de casa.
- Se empiezan a evitar los contactos con los amigos o las reuniones sociales porque se sienten avergonzados preocupados por si los juzgan. Además, los amigos también pueden evitar a la familia. Esto lleva al aislamiento en el momento que necesitan mayor soporte.
- Puede consentirse más al niño para evitar empeorar la enfermedad, o al contrario, pueden encontrarse resentidos con él por la disrupción familiar que la depresión ha causado.
- Los padres pueden ser más estrictos o duros con los que no tienen depresión.
- Unos miembros de la familia pueden estar irritables o enfadados, mientras que otros quieren llamar la atención que creen que no están recibiendo.
- Puede haber más discusiones entre los familiares, especialmente sobre cómo tratar al enfermo.
- Individualmente se encuentran frustrados e incapaces de cambiar las cosas o al enfermo e incluso se sienten culpables de la depresión.
- Se pueden presentar signos de estrés e incluso depresión.

Cuidados de la familia y entorno:

- Cuídate y anima a todos a que lo hagan. Podrás ayudar si te encuentras sano y descansado. Reconoce cuándo necesitas parar o mejor busca tiempo para ti y descansa antes de necesitarlo.
- Piensa que nadie es capaz de estar agradable todo el tiempo, puedes tener un mal día, pero sigue de forma positiva.
- Intentad realizar actividades en familia, aunque el enfermo no participe.
- Anima a todos a continuar con las actividades diarias. Intenta pasar tiempo con cada uno de los miembros de la familia, no permitas que el niño con depresión monopolice toda la atención.
- La familia se puede beneficiar de la educación sobre la enfermedad y su tratamiento y trabajar con el especialista sobre problemas específicos. Participa en el tratamiento. Considera unirte a grupos de soporte, te ayudará hablar con otros que han tenido experiencias similares.
- Los miembros de la familia deben reconocer si tienen depresión y pedir ayuda. La depresión puede afectar a varios miembros.
- Recuerda que la depresión es una enfermedad. Nadie es culpable.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

PLAN DE APOYO FAMILIAR

¿Cómo puedo ayudar a mi hijo?

- Ayuda a tu hijo a establecer metas, que sean sencillas y realistas, que se ajusten a su estilo y personalidad.
- Reconoce sus éxitos.
- Recuerda las cosas que pudieron ayudarle en el pasado.
- Trabaja una meta cada vez.

1.- Cumplimiento del tratamiento:

- Recuerda que tu hijo tome la medicación.
- Participa en el tratamiento.
- Procura ser su apoyo.

2.- Relaciones y actividades agradables:

- Cuando está deprimido, tu hijo puede evitar el contacto con otras personas.
- Las buenas relaciones con los amigos y familia son una parte significativa de la recuperación.
- Ejemplo: anímale a que hable con sus amigos, que cuide sus relaciones sociales (cumpleaños, deportes, música, excursiones…), quítale importancia si al principio no es capaz, lo importante es intentarlo y ayúdale a que progresivamente recupere sus actividades.
- Pasa tiempo con él, habla con él.

3.- Nutrición y ejercicio:

- Asegúrate de que recibe una buena alimentación y que hace ejercicio de forma regular.
- Ejemplo: que beba suficiente agua, que coma verduras y frutas, dar un paseo una vez al día con él, dar una vuelta en bicicleta.



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

PROBLEMAS DE SUEÑO

Todos nosotros necesitamos dormir.

Si no duermes:

- Te cuesta concentrarte en el colegio.
- Te quedas dormido durante el día.
- Te sientes más irritable y de mal humor.
- Te encuentras más lento y cansado.

Los problemas de sueño pueden formar parte de la depresión. Aunque hay problemas de sueño que requieren medicación, hay cosas que

TÚ PUEDES HACER PARA MEJORAR:

1. **ACUÉSTATE Y LEVÁNTATE SIEMPRE A LA MISMA HORA,** la rutina es lo mejor para coger el sueño.
2. **EVITA LAS SIESTAS**.
3. **NO TE DES UN ATRACÓN O TE ACUESTES CON HAMBRE**. Te puede ayudar un vaso de leche templada.
4. **NO TOMES BEBIDAS EXCITANTES** (café, colas, té, chocolate...).
5. **NO BEBAS ALCOHOL NI FUMES**.
6. **ENCUENTRA UNA ACTIVIDAD RELAJANTE ANTES DE DORMIR**: como una baño caliente, oír música tranquila o charlar con un amigo. No debes usar el móvil, chatear o jugar con el ordenador antes de irte a dormir.
7. **USA LA CAMA SOLO PARA DORMIR O DESCANSAR,** no es el sitio para ver la televisión, ni de hacer los deberes.
8. **PREPARA LA HABITACIÓN PARA DORMIR**: evita los ruidos, la luz y haz que la temperatura sea agradable.
9. **HAZ EJERCICIO DE FORMA REGULAR**.
10. **SAL DE CASA Y TOMA EL SOL**. La luz del sol ayuda a controlar el reloj biológico.

NO TE OBSESIONES, EL SUEÑO LLEGARÁ



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 3. Glosario

- **Adolescente:** para el objeto de esta guía se consideran aquellos de edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, independientemente del sexo.
- **Arteterapia:** también denominada terapia artística, creativa o configurativa, consiste en el uso de las artes visuales con fines terapéuticos. Se basa en la idea de que las representaciones visuales, objetivadas a través del material plástico, contribuyen a la construcción de un significado de los conflictos psíquicos, y favorecen su resolución. La representación plástica sería, desde este punto de vista, un proceso de construcción del pensamiento.
- **Autoayuda:** aprendizaje o potenciación de repertorios de conducta o capacidades de afrontamiento de situaciones y estados emocionales negativos, sin intervención o con participación mínima del terapeuta. Tiene como objetivo dotar a los pacientes de conocimientos y habilidades que faciliten la superación o el manejo de sus problemas de salud.
- **Autoayuda guiada:** es una modalidad de autoayuda, más completa. Utiliza materiales de autoayuda junto con una orientación mínima por parte del profesional.
- **Automodelado:** es una técnica que consiste en la visualización repetida de una grabación del sujeto ejecutando la conducta deseada dirigida al logro de una meta.
- ***Beck Depression Inventory* (BDI):** escala de autoevaluación autoaplicada que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.
- **Biblioterapia:** forma de terapia en la que se selecciona material escrito para que el paciente lea con el fin de tratar sus problemas emocionales y de comportamiento. La intervención del profesional es mínima y la lectura de los textos da lugar a un proceso de autoayuda a través de la reflexión del propio paciente.
- ***Cochrane Library Plus*:** versión en castellano de la revista electrónica *The Cochrane Library*, el principal vehículo de información de la Colaboración Cochrane. Se consulta a través de Internet y se actualiza cada tres meses. Apareció en 2002 y es la única versión en lengua no inglesa de la *Cochrane Library*.
- **Comorbilidad:** situación clínica en la que se produce la coexistencia de dos o más enfermedades o condiciones, como por ejemplo, depresión y ansiedad.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

- **Conducta suicida:** espectro de conductas con fatal desenlace o no, que incluyen intento de suicidio y suicidio.

- **Consejo u orientación (*counseling*):** pretende descubrir los factores emocionales en conflicto que condicionan problemas de personalidad. En consecuencia, tiene por fin ayudar a comprender los obstáculos que impiden el desarrollo normal de la personalidad y los medios de superarlos en orden a favorecer el funcionamiento de los procesos psicológicos constructivos. Es una terapia psicológica que ofrece información e intercambio de experiencias y se apoya en cuatro pilares: 1) habilidades de comunicación asertiva, 2) soporte emocional, 3) modelo de solución de problemas y 4) autocontrol.

- **Cuidados habituales:** cuidados que reciben los pacientes según el área donde se lleven a cabo. La definición de cuidados habituales o tratamiento habitual empleada varía en los diferentes estudios, e incluye diferentes intervenciones psicoterapéuticas y/o farmacológicas.

- **Cuidados estándar:** en esta guía se consideran cuidados estándar: psicoeducación, apoyo individual y familiar, técnicas de resolución de problemas, coordinación con otros profesionales, atención a otras comorbilidades y seguimiento regular del estado mental.

- **Depresión mayor:** conjunto de síntomas entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida). Dado que en mayor o menor medida también se presentan síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, podría hablarse de una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva.

- **Desesperanza:** esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas acerca del futuro, sea este el futuro inmediato o el más remoto. La medición del constructo desesperanza fue iniciada por Beck y sus colaboradores, con la elaboración de la Escala de Desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale, BHS*).

- **Eficacia:** grado en el que una determinada intervención en condiciones ideales produce un resultado beneficioso. Los ensayos clínicos aleatorizados son el patrón oro en la evaluación de la eficacia.

- **Efectividad:** grado en el que una intervención produce un resultado beneficioso en circunstancias ordinarias.

- **Ensayo clínico aleatorizado:** estudio experimental en el que los participantes son asignados de forma aleatoria (al azar) a recibir un tratamiento o intervención entre 2 o más opciones posibles. Uno de los grupos suele recibir el tratamiento convencional (grupo control), que sirve como patrón

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

de comparación, mientras que otro grupo recibe el tratamiento objeto de estudio (grupo experimental).

- **Estudio de cohorte:** consiste en el seguimiento de una o más cohortes de individuos sanos que presenta diferentes grados de exposición a un factor de riesgo y en quienes se mide la aparición de la enfermedad o condición a estudio.

- **Estudio de casos-control:** estudio observacional y analítico en el que los sujetos son seleccionados en función de que tengan (casos) o no tengan (control) una determinada enfermedad, o en general un determinado efecto. Una vez seleccionados, se investiga si estuvieron expuestos a una característica de interés y se compara la proporción de expuestos en el grupo de casos frente a la del grupo de controles.

- **Embase** *(Excerpta Medica data BASE)*: base de datos bibliográfica producida por la empresa Elsevier que está especializada en el campo de la biomedicina y la farmacología. Contiene más de 12 millones de registros y se puede consultar desde 1974.

- **Emoción expresada:** conjunto de variables que hacen referencia a la comunicación familiar. Este constructo ha sido empleado como un índice indirecto de las interacciones entre un paciente y sus familiares en estudios sobre pronóstico de recaídas. El índice de emoción expresada hace referencia al criticismo, hostilidad y sobreimplicación emocional.

- **Esquema:** un esquema, dentro del marco de la terapia cognitiva, es "una estructura para la percepción selectiva, codificación y valoración de los estímulos que inciden sobre el organismo y que sirve para estructurar y organizar el medio en unidades psíquicas relevantes.

- **Grupos de apoyo:** suelen ser convocados por un profesional y estar compuestos por personas que comparten algún tipo de problema que altera o modifica aspectos de su funcionamiento normal. En ocasiones, estos grupos pueden ser guiados por paraprofesionales entrenados o supervisados por profesionales.

- **Heterogeneidad:** cualidad de una cosa heterogénea o formada por elementos de distinta clase o naturaleza. Contrario a homogeneidad.

- **Ideación suicida:** pensamientos que pueden variar desde ideas como que la vida no merece la pena, hasta planes bien estructurados sobre cómo morir o intensas preocupaciones autolesivas.

- **Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina:** clase de fármaco antidepresivo que inhibe la recaptación de serotonina por la neurona presináptica, e incrementa de ese modo el nivel de neurotransmisor disponible para unirse con el receptor postsináptico.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia aún sidorevisada.

- ***Insight*:** es la capacidad de darse cuenta, de tomar conciencia de una realidad interior que normalmente había permanecido inconsciente.
- **Locus de control:** es el grado en que un sujeto percibe el origen de eventos y de su propio comportamiento de manera interna o externa a él. El locus de control interno es la percepción de que los eventos ocurren principalmente como efecto de las propias acciones, mientras que el locus de control externo es la percepción de que los eventos ocurren como resultado del azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros.
- **Manejo de contingencias:** variedad de técnicas skinnerianas u operantes que comparten la meta común de controlar el comportamiento manipulando sus consecuencias.
- **Medline:** base de datos bibliográfica producida por la *National Library of Medicine* de los Estados Unidos. Recoge las referencias bibliográficas de los artículos publicados en más de 4 500 revistas médicas desde 1966. Cada registro de Medline contiene los datos básicos de la referencia bibliográfica para su posterior recuperación. PubMed es un sistema de recuperación de la información basado en tecnología *world wide web*, que permite buscar en bases de datos, entre ellas Medline.
- **Metaanálisis:** método estadístico en el que se combinan los resultados de diferentes estudios para evaluar la heterogeneidad y generar resultados globales.
- **NICE** (*National Institute for Health and Clinical Excellence*): organización británica independiente que proporciona directrices de promoción de la salud y de prevención y tratamiento de enfermedades al *National Health Service*.
- **Niño:** para el objeto de esta guía únicamente se consideran aquellos entre 5 y 11 años de edad, independientemente del sexo.
- **Psicoeducación:** programas en formato individual o grupal que establecen una interacción explícita y educativa entre el profesional, el paciente y sus cuidadores.
- **Recaída:** empeoramiento de un episodio aparentemente controlado, hasta alcanzar de nuevo criterios de nivel diagnóstico, que ocurre durante la remisión y antes de la recuperación.
- **Recuperación:** es la duración del período de remisión que se requiere para determinar que existe una recuperación completa del episodio depresivo. Según los criterios DSM-IV, este período sería de dos meses.
- **Recurrencia:** desarrollo de un trastorno depresivo en una persona que previamente ha padecido depresión. Habitualmente se considera que el nuevo episodio depresivo ocurre después de seis meses.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- **Refuerzo:** se entiende por refuerzo positivo a los estímulos que aumenta la probabilidad de emisión de la conducta que provoca la aparición de dichos estímulos. Cuando la conducta aumenta como consecuencia de la retirada de determinados estímulos se dice que la conducta que elimina esos estímulos es reforzada negativamente.

- **Remisión:** la remisión requiere que el paciente esté asintomático y que no sufra más allá de los síntomas residuales mínimos, y, además, debe producirse una restauración total de la función.

- **Respuesta:** ausencia de síntomas o disminución significativa de la sintomatología de depresión durante al menos dos semanas. También se considera respuesta aquella mejoría al menos del 50% respecto a los valores iniciales en una escala de medición de la depresión.

- **Revisión sistemática:** forma de investigación que proporciona un resumen de los estudios existentes sobre una pregunta específica, utilizando para ello métodos explícitos y sistemáticos de identificación, evaluación crítica y síntesis de la literatura científica.

- **Técnicas de solución de problemas:** el entrenamiento de recursos que facilitan el afrontamiento de situaciones de conflicto o estrés.

- **SIGN** *(Scottish Intercollegiate Guidelines Network)*: se formó en 1993 con el objetivo de elaborar y diseminar guías de práctica clínica con recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible.

- **Tamaño del efecto:** es una estimación del efecto de un tratamiento cuando se compara con el grupo control (por ejemplo, otro tratamiento activo, no tratamiento o tratamiento habitual). Un ejemplo de tamaño del efecto es el riesgo relativo (empleado para variables dicotómicas) y la diferencia de medias ponderada y estandarizada (ambas para variables continuas).

- **Terapia cognitiva-conductual:** se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión.

- **Terapia conductual:** es un enfoque de la psicología clínica que se fundamenta en la psicología del aprendizaje para la explicación de los trastornos psicológicos y el desarrollo de estrategias dirigidas al cambio terapéutico. Otra característica es estar basada en el estudio experimental de los principios y leyes del aprendizaje.

- **Terapia dialéctico-conductual:** es un tratamiento psicosocial desarrollado específicamente para el tratamiento de personas con trastorno límite de la personalidad, pero que se emplea también para pacientes con otros

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

diagnósticos. La TDC usa técnicas que se centran en el cambio conductual, con estrategias de aceptación o de validación, subrayando que la aceptación no excluye el cambio (componente dialéctico).

- **Terapia electroconvulsiva:** técnica consistente en provocar, con finalidad terapéutica, una crisis comicial generalizada a través de una estimulación eléctrica del sistema nervioso central.

- **Terapia familiar:** hace de las relaciones familiares el foco principal de su intervención, debido a que algunos autores han señalado que existe una fuerte evidencia de asociación entre la depresión infantojuvenil y factores como vínculos afectivos débiles, niveles elevados de criticismo, hostilidad familiar o psicopatología parental.

- **Terapia interpersonal:** aborda las relaciones interpersonales e interviene en el contexto social inmediato del paciente. Asume que los problemas interpersonales pueden activar o exacerbar una depresión, por lo que se centra en ellos con la finalidad de favorecer cambios adaptativos y que de esta manera se produzca una mejoría de la sintomatología depresiva.

- **Terapia no directiva:** procedimiento en el que el psicoterapeuta refleja al cliente lo que le dice, como procedimiento para evitar dirigir al cliente. Su característica distintiva sería la actitud del terapeuta, que promueve las condiciones de la relación terapéutica que favorecen los procesos de cambio psicológico.

- **Terapia de apoyo:** intervención basada en el apoyo emocional, resolución de problemas de forma no directiva y revisión del estado del paciente (síntomas depresivos, rendimiento escolar, suicidabilidad, actividades sociales), con la finalidad de valorar la necesidad de intervención por parte de profesionales especializados.

- **Terapia psicodinámica:** deriva del psicoanálisis y se basa en la teoría freudiana del funcionamiento psicológico de que la naturaleza de los conflictos puede ser en gran medida inconsciente, por lo que el objetivo terapéutico es resolver estos conflictos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 4. Lista de abreviaturas

- **AACAP:** *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*
- **ADAPT:** *Adolescent Depression Antidepressant and Psychotherapy Trial*
- **AEMPS:** Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
- **AGREE:** *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*
- **AHRQ:** *Agency for Healthcare Research and Quality*
- **APA:** *American Psychiatric Association*
- **BDI:** Inventario de Depresión de Beck
- **CAMHS:** *Child and Adolescent Mental Health Services*
- **CDRS:** *Children's Depression Rating Scale*
- **CGAS:** *Children's Global Assessment Scale*
- **CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición
- **DM:** depresión mayor
- **DSM-IV:** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
- **ECA:** ensayo clínico aleatorio
- **EDB:** escala de desesperanza de Beck
- **EMEA:** Agencia Europea del Medicamento
- **FDA:** *Food and Drug Administration*
- **GPC:** guía de práctica clínica
- **HoNOSCA:** *Health of the Nation Outcome Scales*
- **IMAO:** inhibidor de la monoaminooxidasa
- **IRSN:** inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina
- **ISRS:** inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina
- **Kiddie-SADS-P:** *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-aged children-Present episode version*
- **K-SADS-P/L:** *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children-Present and Lifetime Version*
- **MADRS:** escala de depresión de Montgomery-Asberg
- **MFQ:** *Mood And Feelings Questionnaire*
- **NICE:** *National Institute for Clinical Excellence*

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- **NIMH:** *National Institute of Mental Health*
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **PQ-LES-Q:** *Paediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire*
- **RSQ:** *Risk of Suicide Questionaire*
- **SIGN:** *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*
- **SIQ-Jr:** *Suicidal Ideation Questionnaire. Junior High School version*
- **SIS:** *Suicidal Intent Scale*
- **TADS:** *Treatment for Adolescents With Depression Study*
- **TCC:** terapia cognitivo-conductual
- **TDC:** terapia dialéctico-conductual
- **TEC:** terapia electroconvulsiva
- **TF:** terapia familiar
- **TIP:** terapia interpersonal individual
- **TIP-A:** terapia interpersonal para adolescentes
- **TMS:** terapia multisistémica

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 5. Declaración de intereses

Coordinadores y miembros del grupo elaborador

Gerardo Atienza Merino, Elena de las Heras Liñero, Rafael Fernández Martínez, Ernesto Ferrer Gómez del Valle, Ana Goicoechea Castaño, Jose Luis Iglesias Diz, Arturo Louro González, Belén Martínez Alonso, José Mazaira Castro, Aurea Paz Baña, Lucinda Paz Valiñas, María Isabel Roca Valcárcel y Yolanda Triñanes Pego declararon ausencia de conflictos de interés.

María Álvarez Ariza declaró haber recibido financiación para reuniones o congresos (AstraZeneca y Pfizer) y para asistencia a cursos (Janssen).

Revisores externos

Antonio Agüero Juan, Victoria del Barrio Sándara, Amparo Belloch Fuster, María del Carmen Bragado Álvarez, Juan José Carballo Belloso, Sergio Cinza Sanjurjo, María Dolores Domínguez Santos, Aranzazu Fernández Rivas, Montserrat García González, María Paz García Vera, María Elena Garralda Hualde, María León-Sanromá, Germán López Cortacáns, María José Parellada Redondo, Ana Pascual Aranda, Pedro Javier Rodríguez Hernández, Patricio José Ruiz Lázaro, María Isabel Salvador Sánchez, Manuel Sampedro Campos, Carmen Senra Rivera, Josep Toro Trallero, Víctor Manuel Torrado Oubiña, y Fernando Lino Vázquez González declararon ausencia de conflictos de interés.

Enric Aragonés Benaiges declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Almirall) y recibir ayuda económica para la financiación de investigación por parte de Lilly.

Pedro Benjumea Pino declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Lilly, Glaxo).

María Consuelo Carballal Balsa declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (ANESM).

Josefina Castro Fornielles declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Lilly), haber recibido financiación por su participación en una investigación por parte de los laboratorios Novartis y haber realizado labores de consultorías para los laboratorios Lilly.

Josep Cornellá Canals ha declarado haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Juste) y realizar labores de asesoría para el laboratorio Rubió sobre el producto Rubifen.

Inmaculada Escamilla Canales declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Lilly, Janssen, Juste), honorarios como ponente por parte de Janssen y AEPIJ, financiación de progra-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

mas educativos o cursos por parte de la Fundación Alicia Koplowitz y ayuda económica para la financiación de investigación por parte de Lilly.

María Jesús Mardomingo Sanz declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Lilly) y haber recibido financiación por su participación en una investigación (Lilly, Janssen).

César Soutullo Esperón declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Lilly, Janssen-Cilag, Esteve, Pfizer), honorarios como ponente por parte de la Asociación Navarra ADHI; ACANPADAH, APNADAH, AstraZeneca, ASTTA, CC.AA.: Asturias, Castilla y León, Madrid; Eli Lilly, Fundación Innovación Social de la Cultura, GlaxoSmithKline, Grupo Aula Médica, Janssen-Cilag, Novartis, SEP-SEPB, Sociedad Vasco-Navarra Psiquiatría y Solvay, así como haber realizado labores de consultoría para Bristol-Myers Squibb, Editorial Médica Panamericana, Eli Lilly, Juste, EINAQ (European Interdisciplinary Network ADHD Quality Assurance), Fundación Alicia Koplowitz, Janssen- Cilag, Pfizer, Shire y Otsuka, ha declarado también intereses económicos como empleado de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra y y ayudas económicas para la financiación de una investigación por parte de Abbott, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Gobierno de Navarra, Fundación Alicia Koplovitz, Instituto de Salud Carlos III (FIS): Redes Temáticas de Investigación Cooperativa, Pfizer, PIUNA, Stanley Medical Research Institute-NAMI Shire y Solvay.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y ésta vigente no ha sido revisada.

11. Bibliografía

1 World Health Organization. Depression [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 [citado 1 abr 2008]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.

2 Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet. 1997;349(9064): 1498-504.

3 Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [citado 14 mar 2008]. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm.

4 Canals J, Martí-Heneberg C, Fernández J, Domènech E. A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. Europ Child Adolesc Psychiatry. 1995;4(2):102-11.

5 Doménech E, Subirá S, Cuxart F. Trastornos del estado del ánimo en la adolescencia temprana. La labilidad afectiva. En: Buendía, J Dir. Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales. Madrid: Pirámide; 1996.

6 Escriba R, Maestre C, Amores P, Pastor A, Miralles E, Escobar F. Prevalencia de depresión en adolescentes. Actas Esp Psiquiatr. 2005;33(5):298-302.

7 Alaéz M, Martínez-Arias R, Rodríguez-Sutil C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. Psicothema. 2000;12(4):525-32.

8 Kashani JH, Sherman DD. Childhood depression: Epidemiology, etiological models and treatment implications. Integr Psychiatry. 1988;6:1-8.

9 Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry. 2003;60:837-44.

10 Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part 1. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 1996;35(11):1427-39.

11 Son SE, Kirchner JT. Depression in children and adolescents. Am Fam Physician. 2000;62(10):2297-308, 311-2.

12 Kessler RC, Avenevoli S, Ries Merikangas K. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. Biol Psychiatry. 2001; 49(12): 1002-14.

13 Carlson GA, Cantwell DP. Unmasking masked depression in children and adolescents. Am J Psychiatry. 1980;137(4):445-9.

14 Petti TA. Depression in hospitalized child psychiatry patients: Approaches to measuring depression. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 1978;17(1): 49-59.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

15 Fleming J, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 1990;29(4):571-80.

16 Lewinsohn PM, Clarke GN. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 1994;33(6):809-18.

17 Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB, Hughes M, Swartz M, Blazer DG. Sex and depression in the national comorbidity survey: II. Cohort effects. J Affective Disorders. 1994;30(1):15-26.

18 Angold A, Costello EJ, Erkanli A, Worthman CM. Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. Psychol Med. 1999;29(5):1043-53.

19 Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, Silva P, McGee R, Angell KE. Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. J Abnormal Psychology. 1998;107(1):128-40.

20 Costello EJ. Children psychiatric disorders and their correlates: primary care pediatric sample. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 1989;28(6):851-5.

21 Bird HR, Gould MS, Yager T, Staghezza B, Cannino G. Risk factors for maladjustment in Puerto-Rican children. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 1989;28(6):847-50.

22 Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. Socioeconomic status, family disruption and residential stability in childhood: relation to onset, recurrence and remission of major depression. Psychol Med. 2003;33(8): 1341-55.

23 Biederman J, Faraone S. Psychiatric co-morbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact? J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 1995;34(5):579-90.

24 Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak M, Paulauskas SL, Finkelstein R. Depressive disorders in childhood. A Longitudinal study of characteristics and recovery. Arch Gen Psychiatry. 1984;41(3):229-37.

25 Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak M, Paulauskas SL, Pollock M, Finkelstein R. Depressive disorders in childhood. A longitudinal study of the risk for subsequent major depression. Arch Gen Psychiatry. 1984;41(7):643-9.

26 Anderson JC, McGee R. Co-morbidity of depression in children and adolescent. En: Reynolds WM, Johnson HF, editores. Handbook of depression in children and adolescents. New York: Plenum; 1994.

27 Angold A, Costello EJ. Depressive co-morbidity in children and adolescents. Empirical, theoretical, and methodological issues. Am J Psychiatry. 1993;150(12):1779-91.

28 Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C. Suicidal behaviors and childhood onset depressive disorder: a longitudinal investigation. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 1993;32(1):8-20.

29 Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, et al. Depressed adolescents grown up. JAMA. 1999;281(12):1707-13.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

30 Kandel D, Davies M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. Arch Gen Psychiatry. 1986;43(3):255-62.

31 Harrington R. Adult outcomes of childhood and adolescent depression. I. Psiquiatric status. Arch Gen Psychiatry. 1990;47(5):465-73.

32 Marcelli D. Adolescencia y depresión: un abordaje multifocal. Barcelona: Masson. 1992.

33 Alonso-Fernández F. La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico. Barcelona: Labor; 1988.

34 Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA, et al. Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 1999. State and local YRBSS Coordinators. J Sch Health. 2000; 70(7):271-85.

35 Brent DA. Assessment and treatment of the youthful suicidal patient. Ann N Y Acad Sci. 2001;932:106-28.

36 World Health Organization. Suicide prevention and special programmes. Geneva: World Health Organization; 2008 [citado 7 abr 2008]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html

37 Subgrupos ATC y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2006. Inf Ter Sist Nac Salud. 2007;31(4):130-5.

38 Serna C, Galván L, Gascó E, Santafé P, Martín E, Vila T. Evolution in consumption of anti-depressants during the years 2002 to 2004. Aten Primaria. 2006;38(8):456-60.

39 Alberdi Sudupe J, Taboada O, Castro Dono C. Depresión. Guías clínicas Fisterra [Internet]. A Coruña: Casitérides; 2003 [citado 1 oct 2007]. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/depresion.asp

40 Harrington R. Affective disorders. En: Rutter M, Taylor E, editores. Child and Adolescent Psychiatry. 4ª ed. Oxford: Blackwel Publising; 2005.

41 Yunes R, Braier M. Depresión en niños y adolescentes. Biblioteca consulta PSI Infancia y Adolescencia [Internet]. Capital Federal - República Argentina: Psygnos web recursos informáticos; 2008 [citado 7 abr 2008]. Disponible en: http://www.psygnos.net/biblioteca/articulos/infancia/yunes_depre.htm.

42 Acuña R, Ausejo M, Cruz MA, Fernández I, Graell M, Herráez C, et al. Recomendaciones para la valoración y tratamiento de la depresión infanto-juvenil. Recomendaciones farmacoterapeúticas en Salud Mental. 2006(3):1-19.

43 Pine DS, Cohen E, Cohen P, Brook J. Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder?. Am J Psychiatry. 1999;156(1):133-5.

44 Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. Arch Gen Psychiatry. 1998;55(1):56-64.

45 National Institute of Mental Health Advisory Council Workgroup Report: Blueprint for Change: Research on Child and Adolescent Mental Health. Bethesda, (MC): National Institute of Mental Health, 2001.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

46 Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.

47 American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson, 2003.

48 Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes. Madrid: Médica panamericana; 2001.

49 Birmaher B, Williamson DE, Dahl RE, Axelson DA, Kaufman J, Dorn LD, et al. Clinical presentation and course of depression in youth: does onset in childhood differ from onset in adolescence?. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43(1):63-70.

50 Weller EB, Weller RA, Danielyan AK. Mood disorders in adolescents. En: Wiener JM, Dulcan MK, editores. Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. 3ª ed. Washington (D.C.): American Psychiatric Publishing; 2004.

51 Weller EB, Weller RA, Danielyan AK. Mood disorders in prepubertal children. En: Wiener JM, Dulcan MK, editores. Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. 3ª ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2004.

52 Chambers WJ, Puig-Antich J, Tabrizi MA, Davies M. Psychotic symptoms in prepubertal major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry. 1982;39(8): 921-7.

53 Ulloa RE, Apiquian R, de la Peña F. Comorbilidad en Psiquiatría Infantil. En: Gutierrez JR, Rey F, editores. Planificación Terapéutica de los Trastornos Psiquiátricos del niño y del adolescente. Madrid: SmithKline-Beecham, 2000. p. 1345-54.

54 Ruiz Lozano MJ, Gómez-Ferrer C. Trastornos depresivos en el niño y adolescente. En: Ballesteros C, coordinador. Práctica Clínica Paidopsiquiátrica. Historia Clínica. Guías Clínicas. Madrid: Adalia; 2006. p. 203-9.

55 Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. J Child Psychol Psychiatry. 2003;40(1):57-80.

56 Argimón Pallás J, Jiménez Villa J. Inferencia causal. En: Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Barcelona: Harcourt; 2000. p. 265-272.

57 Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Selección de pruebas diagnósticas. En: Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P, editores. Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica. 2ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1994.p.62-78.

58 National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care [Internet]. London: National Insitute for Health and Clinical Excellence; 2005 [citado 8 ene 2008]. Disponible en: http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg028fullguideline.pdf

59 Garber J. Depression in Children and Adolescents. Linking Risk Research and Prevention. Am J Prev Med. 2006;31(6 Suppl 1):104-25.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

60 Birmaher B, Brent D, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007; 46(11): 1503-26.

61 Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein RE, Laraque D. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management. Pediatrics. 2007;120(5):e1299-312.

62 Richardson LP, Katzenellenbogen R. Childhood and adolescent depression: The role of primary care providers in diagnosis and treatment. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2005;35(1):6-24.

63 Bragado C, Bersabé R, Carrasco I. Factores de riesgo para lso trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. Psicothema. 1999;11(4):939-56.

64 Le HN, Boyd RC. Prevention of major depression: Early detection and early intervention in the general population. Clin Neuropsychiatry. 2006;3(1):6-22.

65 Aslund C, Nilsson KW, Starrin B, Sjoberg RL. Shaming experiences and the association between adolescent depression and psychosocial risk factors. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2007;16(5):298-304.

66 Bhatia SK, Bhatia SC. Childhood and adolescent depression. Am Fam Physician. 2007;75(1):74-80.

67 Dopheide JA. Recognizing and treating depression in children and adolescents. Am J Health Syst Pharm. 2006;63(3):233-43.

68 Haavisto A, Sourander A, Multimaki P, Parkkola K, Santalahti P, Helenius H, et al. Factors associated with depressive symptoms among 18-year-old boys: a prospective 10-year follow-up study. J Affect Disord. 2004;83(2-3):143-54.

69 Torgersen S. Genetic epidemiology of major depression. Actas Esp Psiquiatr. 2008;36(Suppl. 1):25-7.

70 Rice F, Harold GT, Thapar A. The Link between depression in mothers and offspring: an extended twin analysis. Behav Genet. 2005;35(5):565-77.

71 Cuijpers P, van Straten A, Smits N, Smit F. Screening and early psychological intervention for depression in schools : systematic review and meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006;15(5):300-7.

72 Kovacs M. The Children´s Depression Inventory Manual. New York: Multi-Health Systems, Inc. 1992.

73 del Barrio MV, Roa ML, Olmedo M, Colodrón F. Primera adaptación del CDI-S a población española. Acción Psicol. 2002;1(3):263-72.

74 Frias D, del Barrio V, Mestre V. Children Depresión Inventory. Eval Psicol Psychol Assess. 1991;7:377-91.

75 Reynolds WM. Reynolds Adolescent Depression Scale: Professor Manual. Odessa (FL): Psychological Assesment Resources; 1987.

76 del Barrio V, Colondrón MF, de Pablo C, Roa ML. Primera adaptación española de las escalas de depresión de Reynolds RCDS y RADS a población española. RIDEP. 1996;2:75-100.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

77 Reynolds WM. Reynolds Child Depression Scale Professional manual. Odessa (FL): Psychological Assessment Resources; 1989.

78 Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory-Second Edition. San Antonio (TX): The Psychological Corporation; 1996.

79 Sanz J, Navarro ME, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck–II (BDI–II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. Anál Modif Conduct. 2003;29:239-88.

80 Sanz J, Perdigón A, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck–II (BDI–II): 2. Propiedades psicométricas en población general. Clín Salud. 2003;14:249-80.

81 Sanz J, García MP, Espinosa R, Fortún M, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck–II (BDI–II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. Clín Salud. 2005;16: 121-42.

82 Leblanc JC, Almudevar A, Brooks SJ. Screening for adolescent depression: Comparison of the Kutcher Adolescent Scale with the Beck Depression Inventory. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2002;12:113-26.

83 Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL, Williams JB. The patient health questionnaire for adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. J Adolesc Health. 2002;30(3):196-204.

84 Domènech-Llaberia E, Polaino-Lorente A. La escala ESDM como instrumento adicional en el diagnóstico de la depresión infantil. Rev Psiquiatr Fac Med Barc. 2003;17(3):105-13.

85 Radloff LS. The CES-D scale: a self report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement. 1977;1:385-401.

86 Soler J, Pérez-Sola V, Puigdemont D, Pérez-Blanco J, Figueres M, Álvarez E. Estudio de validación del Center for Epidemiologic Studies-Depresion (CES-D) en una población española de pacientes con trastornos afectivos. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr. 1997;25:243-94.

87 Martini DR, Strayhorn JM, Puig-Antich J. A symptom self-report measure for preschool children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1990;29(4):594-600.

88 Jellinek M, Evans N, Knight RB. Use of a behavior checklist on a pediatric inpatient unit. J Pediatr. 1979; 94(1):156-8.

89 Achenbach TM, Edelbrock CS. Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington (TV): University Associates in Psychiatry. 1985.

90 Rubio-Stipec M, Bird H, Canino G, Gould M. The internal consistency and concurrent validity of a spanish translation of the child behavior checklist. J Abnorm Child Psychol. 1990;18(4):393-406.

91 Achenbach TM, Edelbrock CS. Manual for the Youth Self-Report and Profile. Burlintong, Vermont: University of Vermont, Departament of Psychiatry. 1987.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

92 Lemos S, Fidalgo AM, Calvo P, Menéndez P. Estructura factorial de la prueba YSR y su utilidad en psicopatología infanto-juvenil. Anál Modif Conduct. 1992;3(2):183-94.

93 Wood A, Kroll L, Moore A, Harrington R. Properties of the mood and feelings questionnaire in adolescent psychiatric outpatients: a research note. J Child Psychol Psychiat. 1995; 36(2):327-34.

94 Caballo VE. Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. Madrid: Pirámide; 2006.

95 Moreno C, Arango C, Parellada M, Shaffer D, Bird H. Antidepressants in child and adolescent depression: Where are the bugs? Acta Psychiatr Scand. 2007;115(3):184-95.

96 Bulbena A, Berrios GE, Fernández P. Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología. Barcelona: Masson, 2003.

97 Molina A. Instrumentos de evaluación clínica en niños y adolescentes. Rev Psiquiatr Psicol Niño y Adolesc. 2001;2(1):23-40.

98 Kaufman J, Birmaher B, Brent D. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997; 36(7):980-8.

99 Ulloa S, Ortiz F, Higuera I, Nogales A, Fresán R, Apiquian J, et al. Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL). Actas Esp Psiquiatr. 2006;34(1):36-40.

100 Costello EJ, Edelbrock CS, Costello AJ. Validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children: a comparison between psychiatric and paediatric referrals. J Abnorm Child Psychol. 1985; 13(4):579-95.

101 Bravo M, Ribera J, Rubio-Stipec M, Canino G, Shrout, P, Ramírez R, et al. Test Retest Reliability of the Spanish version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC IV).J Abnorm Child Psychology. 2001;29(5):433-44.

102 Herjanic B, Reich W. Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. J Abnorm Child Psychol. 1982; 25(1):21-31.

103 Ezpeleta C, de la Osa M, Doménech JM, Navarro JB, Losilla JM. La Diagnostic Interview for Children and Adolecent-DICA-R: Acuerdo diagnóstico entre niños/adolescentes y sus padres. Rev de Psiquiatr Fac Med Barc. 1995;22: 153-63.

104 Angold A, Costello EJ. The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000; 39(1):39-48.

105 Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. J Child Psychol Psychiatry. 2000; 41(5):645-55.

106 Poznanski EO, Grossman JA, Buchbaum Y, Banegas M, Freeman L, Gibbons R. Preliminary studies of the reliability and validity of the Children´s Depression Scale. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1984; 23(2):191-7.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y se vigencia no ha sido revisada.

107 Polaino A, Domenèch E. La depresión en los niños españoles de 4º de EGB. Barcelona: Geigy; 1988.

108 Moor S, Maguire A, McQueen H, Wells EJ, Elton R, Wrate R, et al. Improving the recognition of depression in adolescence: can we teach the teachers?. J Adolesc. 2007;30(1):81-95.

109 Collins KA, Wolfe VV, Fisman S, DePace J, Steele M. Managing depression in primary care: Community survey. Can Fam Physician. 2006;52(7):878-9.

110 Klein DN, Dougherty LR, Olino TM. Toward guidelines for evidence-based assessment of depression in children and adolescents. J Clin Child Adolesc Psychol. 2005;34(3):412-32.

111 Singapore Ministry of Health. Depression. Clinical Practice Guidelines. Singapore: Singapore Ministry of Health Mar; 2004.

112 U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. Ann Intern Med. 2002;136(10):760-4.

113 MacMillan HL, Patterson CJ, Wathen CN, Feightner JW, Bessette P, Elford RW, et al. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Cmaj. 2005;172(1):33-5.

114 Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM. Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. Psychol Bull. 2006;132(1):132-49.

115 Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Informe Nº.: avalia-t 2006/06.

116 Klein JB, Jacobs RH, Reinecke MA. Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression: A Meta-Analytic Investigation of Changes in Effect-Size Estimates. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(11):1403-13.

117 McCarty CA, Weisz JR. Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: What We Can (and Can't) Learn from Meta-Analysis and Component Profiling. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(4):879-86.

118 Beck AT, Rush A. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.

119 Vereeli H, Mufson L, Lee L, Keith JA. Review of Evidence-Based Psychoterapies for Pediatric Mood and Anxiety Disorders. Curr Psychiatry Rev. 2006;2(3):395-421.

120 Compton SN, March JS, Brent D, Albano AM, Weersing R, Curry J. Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004; 43(8):930-59.

121 Albano AM, Krain AL, Podniesinski E, Ditkowsky KS. Cognitive-behavior therapy with children and adolescents. En: Wright JH, editor. Cognitive

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica, su vigencia no ha sido revisada.

behaviour therapy: review of psychiatry series: volume 23. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2004. p. 123-50.

122 March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Team. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. JAMA. 2004;292(7):807-20.

123 March JS, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(10):1132-43.

124 Melvin GA, Tonge BJ, King NJ, Heyne D, Gordon MS, Klimkeit E. A comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(10):1151-61.

125 Vostanis P, Feehan C, Grattan E, Bickerton W. A randomised controlled out-patient trial of cognitive-behavioural treatment for children and adolescents with depression: 9-month follow-up. J Affect Disord. 1996;40(1-2):105-16.

126 Wood A, Harrington R, Moore A. Controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders. J Child Psychol Psychiatry. 1996;37(6):737-46.

127 Brent D, Holder D, Kolko D, Birmaher B, Baugher M, Roth C, et al. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. Arch Gen Psychiatry. 1997;54(9):877-85.

128 Rossello J, Bernal G. The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. J Consult Clin Psychol. 1999;67(5):734-45.

129 Reynolds WM, Coats KI. A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. J Consult Clin Psychol. 1986;54(5):653-60.

130 Stark KD, Reynolds WM, Kaslow NJ. A comparison of the relative efficacy of selfcontrol therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. J Abnorm Child Psychol. 1987;15(1):91-113.

131 Kahn JS, Kehle TJ, Jensen WR, Clark E. Comparison of cognitive-behavioural, relaxation, and self-modelling interventions for depression among middle-school students. School Psychology Review. 1990;19(2):196-211.

132 Lewinsohn PM, Clarke GN, Hops H, Andrews J. Cognitive-behavioral group treatment of depression in adolescents. Behavior Therapy. 1990;21:385-401.

133 Weisz JR, Thurber CA, Sweeney L, Proffitt VD, LeGagnoux GL. Brief treatment of mild to moderate child depression using primary and secondary control enhancement training. J Consult Clin Psychol. 1997;65(4):703-7.

134 Clarke G, Rohde P, Lewinsohn PM, Hops H, Seeley JR. Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38(3):272-9.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

135 Clarke G, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, O'Connor E, et al. Group cognitive-behavioral treatment for depressed adolescent offspring of depressed parents in a health maintenance organization. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002;41(3):305-13.

136 Rohde P, Clarke GN, Mace DE, Jorgensen JS, Seeley JR. An efficacy/effectiveness study of cognitive-behavioral treatment for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43(6):660-8.

137 Hyun MS, Chung HI, Lee YJ. The effect of cognitive-behavioral group therapy on the self-esteem, depression, and self-efficacy of runaway adolescents in a shelter in South Korea. Appl Nurs Res. 2005;18(3):160-6.

138 Rohde P, Seeley JR, Kaufman NK, Clarke GN, Stice E. Predicting time to recovery among Deppresed Adolescents treated in two psychosocial group interventions. J Consult Clin Psychol. 2006;74(1):80-8.

139 Klerman G, Weissman M, Rousanville B. Interpersonal psychotherapy of Depression. New York: Basic Books; 1984.

140 Brunstein-Klomek A, Zalsman G, Mufson L. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A). Isr J Psychiatry Relat Sci. 2007;44(1):40-6.

141 Mufson L, Moreau D, Weissman MM, Klerman GL. Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. New York (NY): Guilford Publications; 1993.

142 Young JF, Mufson L, Davies M. Efficacy of Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: An indicated preventive intervention for depression. J Child Psychol Psychiatry. 2006;47(12):1254-62.

143 Young JF, Mufson L, Davies M. Impact of comorbid anxiety in an effectiveness study of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(8):904-12.

144 Mufson L, Weissman M, Moreau D, Garfinkel R. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. Arch Gen Psychiatry. 1999;56(6):573-9.

145 Mufson L, Dorta K, Wickramaratne P, Nomura Y, Olfson M, Weissman M. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. Arch Gen Psychiatry. 2004;61(6):577-84.

146 Feixas G, Miró M. Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Paidós. 1993.

147 Trowell J, Joffe I, Campbell J, Clemente C, Almqvist F, Soininen M, et al. Childhood depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2007;16(3):157-67.

148 Diamond GS, Reis BF, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L. Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002;41(10):1190-6.

149 Henken HT, Huibers MJH, Churchill R, Restifo K, Roelofs J. Terapia familiar para la depresión (Revisión Cochrane traducida) [Base de datos en Internet].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica: su vigencia ha sido revisada.

Oxford: Update software Ltd; 2008. Revisión sistemática; CD006728 [actualizado 23 may 2007; citado 1 jun 2008]. Disponible en: http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD006728.pdf.

150 Tompson MC, Pierre CB, Haber FM, Fogler JM, Groff AR, Asarnow JR. Family-focused treatment for childhood-onset depressive disorders: results of an open trial. Clin Child Psychol Psychiatry. 2007;12(3):403-20.

151 Littell JH, Popa M, Forsythe B. Terapia multisistémica para los problemas sociales, emocionales y de conducta de niños y adolescentes entre 10 y 17 años (Revisión Cochrane traducida). [Base de datos en Internet]. Oxford: Update software Ltd; 2008. Revisión sistemática; CD004797 [actualizado 24 ago 2005; citado 11 jun 2008]. Disponible en: http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD004797.pdf

152 Joint Royal College of Paediatrics and Child Health/Neonatal and Paediatric Pharmacists Group Standing Committee on Medicines. The Use of Unlicensed Medicines or Licensed Medicines for Unlicensed Applications in Paediatric Practice-Policy Statement. Royal College of Paediatrics and Child Health. London; 2002.

153 Duff G. Selective serotonin reuptake unhibitors-use in children and adolescents with major depressive disorder [Internet]. 2003 [citado 10 dic 2008]. Disponible en: http://medicines.mhra.gov.uk/ourwork/monitorsafequalmed/safetymessages/seroxat18.pdf

154 US Food and Drug Administration. FDA Public Health Advisory. Suicidality in Children and Adolescents Being Treated With Antidepressant Medications. Rockville, Maryland: US Food and Drug Administration. FDA Public Health Advisory; 2004 [citado 13 jun 2008]. Disponible en: http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRIPHA200410.htm

155 European Medicines Agency. European Medicines Agency finalises review of antidepresants in children and adolescents. London:EMEA European Medicines Agency Press office; 2005 [citado 19 jun 2008]. Disponible en: http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/press/pr/12891805en.pdf

156 European Medicines Agency. European Medicines Agency adopts a positive opinion for the use of Prozac in the treatment of children and adolescents suffering from depression. London:EMEA European Medicines Agency Press office; 2006 [citado 18 jun 2008]. Disponible en: http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/press/pr/20255406en.pdf

157 European Medicines Agency. Assessment of the paediatric needs psychiatry. London:EMEA European Medicines Agency Press office; 2007 [citado 18 jun 2008]. Disponible en: http://www. emea.europa.eu/pdfs/human/paediatrics/28891707en.pdf

158 Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Información de la Agencia Española de Medicamentos (2005 y 2006): ISRS en el tratamiento depresivo mayor de niños y adolescentes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005-2006 [citado 19 jun 2008]. Disponible en: http://www.agemed.es/profHumana/gpt/home.htm

159 Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios. Nota

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

informativa. Fluoxetina en el tratamiento de la depresión mayor: ampliación de la indicación para niños y adolescentes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [citado 18 jun 2008]. Disponible en: http://www.agemed.es/profHumana/gpt/home.htm

160 US Food and Drug Administration. Antidepressant Use in Children, Adolescents, and Adults. Rockville, Maryland: US Food and Drug Administration. FDA Public Health Advisory; 2007 [citado 17 jun 2008]. Disponible en: http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/default.htm

161 Tsapakis EM, Soldani F, Tondo L, Baldessarini RJ. Efficacy of antidepressants in juvenile depression: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2008;193(1):10-7.

162 Bauer M, Bschor T, Pfennig A, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. World J Biol Psychiatry. 2007;8(2):67-104.

163 Papanikolaou K, Richardson C, Pehlivanidis A, Papadopoulou-Daifoti Z. Efficacy of antidepressants in child and adolescent depression: a meta-analytic study. J Neural Transm. 2006;113(3):399-415.

164 Almeida-Montes LG, Friederichsen A. Tratamiento del trastorno depresivo mayor con fluoxetina en niños y adolescentes. Estudio doble ciego, controlado con placebo. Psiquiatr biol. 2005;12(5):198-205.

165 Usala T, Clavenna A, Zuddas A, Bonati M. Randomised controlled trials of selective serotonin reuptake inhibitors in treating depression in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. Eur Neuropsychopharmacol. 2008;18(1):62-73.

166 Curry J, Rohde P, Simons A, Silva S, Vitiello B, Kratochvil C, et al. Predictors and moderators of acute outcome in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(12):1427-39.

167 Hetrick S MS, McKenzie J, Sindahl P, Proctor M. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para los trastornos depresivos en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). [Base de datos en Internet]. Oxford: Update software Ltd; 2008. Revisión sistemática; CD004851 [actualizado 30 de mar 2007; citado 11 jun 2008]. Disponible en: http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD004851.pdf

168 Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe Rm, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: A meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA. 2007;297(15):1683-96.

169 Wallace AE, Neily J, Weeks WB, Friedman MJ. A cumulative meta-analysis of selective serotonin reuptake inhibitors in pediatric depression: Did unpublished studies influence the efficacy/safety debate?. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2006;16(1):37-58.

170 Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Ghalib K, Laraque D, Stein RE. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): II. Treatment and ongoing management. Pediatrics. 2007;120(5):e1313-26.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

171 Wagner KD, Ambrosini P, Rynn M, Wohlberg C, Yang R, Greenbaum MS, et al. Sertraline Pediatric Depression Study Group. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder: two randomized controlled trials. JAMA. 2003;290(8):1033-41.

172 Wagner KD, Robb AS, Findling RL, Jin J, Gutiérrez MM, Heydorn WE. A randomized, placebo-controlled trial of citalopram for the treatment of major depression in children and adolescents. Am J Psychiatry. 2004;161(6):1079-83.

173 von Knorring AL, Olsson GI, Thomsen PH, Lemming OM, Hulten A. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of citalopram in adolescents with major depressive disorder. J Clin Psychopharmacol. 2006;26(3):311-5.

174 Wagner KD, Jonas J, Findling RL, Ventura D, Saikali K. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of escitalopram in the treatment of pediatric depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(3):280-8.

175 Emslie GJ, Kennard BD, Mayes TL, Nightingale-Teresi J, Carmody T, Hughes CW, et al. Fluoxetine versus placebo in preventing relapse of major depression in children and adolescents. Am J Psychiatry. 2008;165(4):459-67.

176 Treatment for Adolescents with Depression Study Team. The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): demographic and clinical characteristics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005;44(1):28-40.

177 Treatment for Adolescents With Depression Study Team Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): rationale, design, and methods. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003;42(5):531-42.

178 Vitiello B, Rohde P, Silva S, Wells K, Casat C, Waslick B, et al. Functioning and quality of life in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(12):1419-26.

179 March J, Silva S, Vitiello B. The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): methods and message at 12 weeks. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(12):1393-403.

180 Goodyer I, Dubicka B, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Byford S, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: randomised controlled trial. BMJ. 2007;335(7611):142.

181 Clarke G, Debar L, Lynch F, Powell J, Gale J, O'Connor E, et al. A Randomized Effectiveness Trial of Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Depressed Adolescents Receiving Antidepressant Medication. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005;44(9):888-98

182 Riggs PD, Mikulich-Gilbertson SK, Davies RD, Lohman M, Klein C, Stover SK. A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioral therapy in adolescents with major depression, behavior problems, and substance use disorders. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161(11):1026-34.

183 Hommel KA, Chaney JM, Wagner JL, Jarvis JN. Learned helplessness in children and adolescents with juvenile rheumatic disease. J Psychosom Res. 2006;60(1):73-81.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

184 Kennard B, Silva S, Vitiello B, Curry J, Kratochvil C, Simons A, et al. Remission and residual symptoms after short-term treatment in the Treatment of Adolescents with Depression Study (TADS). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(12):1404-11.

185 Brent D, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Asarnow JR, Keller M, et al. Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. JAMA. 2008;299(8):901-13.

186 Greenhalgh J, Knight C, Hind D, Beverley C, Walters S. Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania: systematic reviews and economic modelling studies. Health Technol Assess. 2005;9(9):1-156, iii-iv.

187 Stein D, Weizman A, Bloch Y. Electroconvulsive therapy and transcranial magnetic stimulation: can they be considered valid modalities in the treatment of pediatric mood disorders? Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2006;15(4):1035-56, xi.

188 Ghaziuddin N, Kutcher SP, Knapp P, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, et al. Practice parameter for use of electroconvulsive therapy with adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43(12):1521-39.

189 National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of electroconvulsive therapy. London: National Institute for Clinical Excellence (NICE) 2003: 36.

190 Gould R, Clum G. A meta-analysis of self-help treatment approaches. Clin Psychol Rev. 1993;13:169-86.

191 Burns D. Sentirse bien. Una nueva terapia para las depresiones. Barcelona: Paidós; 1999.

192 Jorm AF, Allen NB, O'Donnell CP, Parslow RA, Purcell R, Morgan AJ. Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression in children and adolescents. Med J Aust. 2006;185(7):368-72.

193 Ackerson J, Scogin F, McKendree-Smith N, Lyman RD. Cognitive bibliotherapy for mild and moderate adolescent depressive symptomatology. J Consult Clin Psychol. 1998;66(4):685-90.

194 Ahmead M, Bower P. The effectiveness of self help technologies for emotional problems in adolescents: a systematic review. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2008;2(1):20.

195 Field T, Grizzle N, Scafidi F, Schanberg S. Massage and relaxation therapies' effects on depressed adolescent mothers. Adolescence. 1996;31(124):903-11.

196 Gleason A. Changing explanatory style in middle -school children [dissertation]. East Lansing (MI): Michigan State University; 1997.

197 Platania-Solazzo A, Field TM, Blank J, Seligman F, Kuhn C, Schanberg S, et al. Relaxation therapy reduces anxiety in child and adolescent psychiatric patients. Acta Paedopsychiatr. 1992;55(2):115-20.

198 Park RJ, Goodyer IM, Teasdale JD. Effects of induced rumination and distraction on mood and overgeneral autobiographical memory in adolescent

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Major Depressive Disorder and controls. J Child Psychol Psychiatry. 2004;45(5):996-1006.

199 Field T, Morrow C, Valdeon C, Larson S, Kuhn C, Schanberg S. Massage reduces anxiety in child and adolescent psychiatric patients. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1992;31(1):125-31.

200 Jones NA, Field T. Massage and music therapies attenuate frontal EEG asymmetry in depressed adolescents. Adolescence. 1999;34(135):529-34.

201 Walsh SM. Future images: an art intervention with suicidal adolescents. Appl Nurs Res. 1993;6(3):111-8.

202 Hendricks C. A study of the use of music therapy techniques in a group for the treatment of adolescent depression. Dissertation Abstracts International. 2001;62(2-A):472.

203 Nemets H, Nemets B, Apter A, Bracha Z, Belmaker RH. Omega-3 treatment of childhood depression: a controlled, double-blind pilot study. Am J Psychiatry. 2006;163(6):1098-100.

204 Sonis WA, Yellin AM, Garfinkel BD, Hoberman HH. The antidepressant effect of light in seasonal affective disorder of childhood and adolescence. Psychopharmacol Bull. 1987;23(3):360-3.

205 Swedo SE, Allen AJ, Glod CA, Clark CH, Teicher MH, Richter D, et al. A controlled trial of light therapy for the treatment of pediatric seasonal affective disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36(6):816-21.

206 Morgan AJ, Jorm AF. Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: a systematic review. Ann Gen Psychiatry. 2008;7:13.

207 Penedo FJ, Dahn JR. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. Curr Opin Psychiatry. 2005;18(2):189-93.

208 Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. Ejercicio para la prevención y tratamiento de la ansiedad y la depresión en niños y jóvenes (Revisión Cochrane traducida). [Base de datos en Internet]. Oxford: Update software Ltd; 2008. Revisión sistemática; CD004691 [actualizado 23 may 2006; citado 11 jun 2008]. Disponible en: http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD004691.pdf

209 Nabkasorn C, Miyai N, Sootmongkol A, Junprasert S, Yamamoto H, Arita M, et al. Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms. Eur J Public Health. 2006;16(2):179-84.

210 Johnson CC, Murray DM, Elder JP, Jobe JB, Dunn AL, Kubik M, et al. Depressive symptoms and physical activity in adolescent girls. Med Sci Sports Exerc. 2008;40(5):818-26.

211 World Health Organization (WHO). Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide 1986 York, UK. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1986. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017(S).pdf.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

212 Guo B, Harstall C. Efficacy of suicide prevention programs for children and youth. Edmonton (AB): Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Health Technology Assessment; 2002. Informe Nº.: 26 Series A.

213 Tarrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-Behavioral Interventions to Reduce Suicide Behavior. A Sistematic Review and Meta-Analysis. Behavior Modification. 2008;32(1):77-108.

214 Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. Clin Psychol Rev. 2004;24(8):957-79.

215 Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents. part 1: etiology and risk factors. Can J Psychiatry. 2007;52(6 Suppl 1):21S-33S.

216 Castillo I, González HI, Jiménez Y. Caracterización de intentos suicidas en adolescentes en el municipio de rodas. Rev Psiquitr Psicol Niño Adoles. 2007;7(1):125-42.

217 de las Heras E, Pinal B. Psicopatología del control de impulsos e instinto de vida (suicidio). Manual de consulta rápida de psicopatología. Barcelona: Almirall; 2008.

218 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40(7 Suppl):24S-51S.

219 Council of Europe. Parliamentary Assembly. Child and teenage suicide in Europe: A serious public-health issue [Internet]. Strasbourg: Parliamentary Assembly, Council of Europe; 2008. Informe Nº.: 11547. [citado 23 abr 2008]. Disponible en: http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/WorkingDocs/Doc08/EDOC11547.htm.

220 Arán Barés M, Gispert R, Puig X, Freitas A, Ribas G, Puigdefàbregas A. Evolucion temporal y distribucion geografica de la mortalidad por suicidio en Cataluna y Espana (1986-2002). Gac Sanit. 2006;20(6):473.

221 New Zealand Guidelines Group (NZGG). The assessment and management of people at risk of suicide. Wellington (NZ): New Zealand Guidelines Group (NZGG); 2003.

222 INE. Defunciones según la causa de muerte [Base de datos en Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística (INE); 2008. [citado 17 abr 2008]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0

223 Ruiz-Pérez I, Olry de Labry-Lima A. El suicidio en la España de hoy. Gac Sanit. 2006;20 (Suppl 1):25-31.

224 Biddle L, Brock A, Brookes ST, Gunnell D. Suicide rates in young men in England and Wales in the 21st century: time trend study. BMJ. 2008;336(7643):539-42.

225 Parellada M, Saiz P, Moreno D, Vidal J, Llorente C, Alvárez M, et al. Is attemped suicide different in adolescent and adults?. Psychiatry Res. 2008;157(1-3): 131-7.

226 Viñas F, Jane M, Domenèch E. Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años. Psicothema. 2000;12(4):594-8.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y no ha sido revisada. Valore su vigencia

227 Greydanus DE, Calles J. Suicide in children and adolescents. Prim Care. 2007;34(2):259-73; abstract vi.

228 Tobin MJ, Clarke AR, Buss R, Einfeld SL, Beard J, Dudley M, et al. From efficacy to effectiveness: managing organisational change to improve health services for young people with deliberate self harm behaviour. Aust Health Rev. 2001;24(2):143-51.

229 Royal New Zealand College of General Practitioners (RNZCGP). Guidelines for primary care providers. Detection and Management of Young People at Risk of Suicide. Wellington (NZ): New Zealand Guidelines Group (NZGG); 1999. [citado 6 mar 2008]. Disponible en: http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0029/Youth_Suicide_Book.pdf

230 Speckens EM, Hawton K. Social Problem Solving in Adolescents with Suicidal Behavior: A Systematic Review. Suicide Life Threat Behav. 2005;35(4):365-87.

231 Laje G, Paddock S, Manji H, Rush AJ, Wilson AF, Charney DS, et al. Genetic markers of suicidal ideation emerging during citalopram treatment of major depression. Am J Psychiatry. 2007;164(10):1530-8.

232 Colucci E, Martin G. Ethnocultural aspects of suicide in young people: a systematic literature review part 2: Risk factors, precipitating agents, and attitudes toward suicide. Suicide Life Threat Behav. 2007;37(2):222-37.

233 Thompson EA, Eggert LL, Herting JR. Mediating effects of an indicated prevention program for reducing youth depression and suicide risk behaviors. Suicide Life Threat Behav. 2000;30(3):252-71.

234 Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: treatment and prevention. Can J Psychiatry. 2007;52(6 Suppl 1):35S-45S.

235 Horowitz LM, Wang PS, Koocher GP, Burr BH, Smith MF, Klavon S, et al. Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. Pediatrics. 2001;107(5):1133-7.

236 Robles R, Paéz F, Ascencio M, Mercado E, Hernández L. Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ). Actas Esp Psiquiatr. 2005;33(5):292-297.

237 Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Hopelessness Scale. San Antonio, Tex: Psychological Corporation; 1988.

238 Aliaga J, Rodríguez L, Ponce C, Frisancho A, Enríquez J. Escala de desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. Revista de Investigación en Psicología. 2006;9(1):69-79.

239 Fernández A, González MA, Mondragón MS, Nogueras B, Lasa A. Escala de intencionalidad suicida de Beck aplicada a una muestra de tentativas de suicidio de adolescentes y jóvenes. Rev Psiquiatr Infant Juv. 1995;95(1):4-10.

240 Beck AT, Brown GK, Steer RA, Dahlsgaard KK, Grisham JR. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. Suicide Life Threat Behav. 1999;29(1):1-9.

241 Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4:561-71.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

242 Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, Beck depression inventory: Manual 2ª ed. San Antonio, Texas: Harcourt; 1996.

243 Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am. 1975;12: 217-36.

244 Bridge JA, Barbe RP, Birmaher B, Kolko DJ, Brent DA. Emergent suicidality in a clinical psychotherapy trial for adolescent depression. Am J Psychiatry. 2005;162(11):2173-5.

245 Crawford MJ, Thomas O, Khan N, Kulinskaya E. Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide. Br J Psychiatry. 2007;190:11-7.

246 Slee N, Garnefski N, van der Leeden R, Arensman E, Spinhoven P. Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2008;192(3):202-11.

247 Sakinofsky I. Treating suicidality in depressive illness. Part 2: does treatment cure or cause suicidality?. Can J Psychiatry. 2007;52(6 Suppl 1):85S-101S.

248 Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Nota Infomativa 2006/04. Fluoxetina en el tratamiento de la depresión mayor: ampliación de la indicación para niños y adolescentes [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [citado 16 jun 2008]. Disponible en: http://www.agemed.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/fluoxetina-junio06.htm.

249 Jiménez-Arriero MA, Fernández I, Vidal J, Herráez C, Parellada M, Cruz MA, et al. Utilización de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en niños y adolescentes con depresión mayor. Acta Esp Psiquiatr. 2007;35(5):342-50.

250 Aseltine RH, Jr., James A, Schilling EA, Glanovsky J. Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. BMC Public Health. 2007;7:161.

251 Beautrais AL, Coggan CA, Fergusson DM, Rivers L. Prevention, recognition and management of young people at risk of suicide: development of guidelines for schools. Wellington: National Health Committee (NHC); 1997. [citado 15 abr 2008]. Disponible en: http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0028/Development_of_guidelines__.pdf.

252 World Health Organization. Preventing suicide. A resource for Primary Health Careworkers [Internet]. Geneva: Department of Mental Health. World Health Organization; 2000. [citado 6 may 2008]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/59.pdf.

253 World Health Organization. Prevención del suicidio: Un instrumento para los medios de comunicación [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2000. [citado 10 abr 2008]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf

254 New Zealand Youth Suicide.Prevention Strategy. Suicide and the media: The reporting and portrayal of suicide in the media. Wellington (NZ):Ministry of Health; 1999.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y se encuentra no revisada.

255 Biddle L, Donovan J, Hawton K, Kapur N, Gunnell D. Suicide and the internet. BMJ. 2008; 336(7648):800-2.

256 Internet Watch Foundation. Suicide Promotion [Internet]. Oakington: The Internet Watch Foundation; 2008 [actualizado 15 ene 2008; citado 17 abr 2008]. Disponible en: http://www.iwf.org.uk/search/?q=suicide

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9 788495 463661

P.V.P.: 10 euros

MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL